



Congresso Nacional da AMACC - 2013

# O indicador 'Present On Admission'

*Uma oportunidade de melhoria da  
qualidade da informação clínica registada*

Fernando Lopes



# Sumário

- Conceito do indicador Present on Admission
- Regras de aplicação
- Necessidade de documentação
- Exemplos de classificação
- Utilização
- Oportunidade

# Conceito

- O indicador Present On Admission distingue as condições que existiam quando o doente foi internado daquelas que surgiram durante o internamento

# Regras de aplicação

## Appendix I Present on Admission Reporting Guidelines

### Introduction

These guidelines are to be used as a supplement to the *ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting* to facilitate the assignment of the Present on Admission (POA) indicator for each diagnosis and external cause of injury code reported on claim forms (UB-04 and 837 Institutional).

ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting  
Effective October 1, 2011  
Page 97 of 107

# Regras de aplicação

## Appendix I Present on Admission Reporting Guidelines

### Introduction

These guidelines are not intended to replace any guidelines in the main body of the *ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting*. The POA guidelines are not intended to provide guidance on when a condition should be coded, but rather, how to apply the POA indicator to the final set of diagnosis codes that have been assigned in accordance with Sections I, II, and III of the official coding guidelines. Subsequent to the assignment of the ICD-9-CM codes, the POA indicator should then be assigned to those conditions that have been coded.

ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting  
Effective October 1, 2011  
Page 97 of 107

# Regras de aplicação

## Appendix I Present on Admission Reporting Guidelines

### Introduction

These guidelines are not intended to replace any guidelines in the main body of the *ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting*. The POA guidelines are not intended to provide guidance on when a condition should be coded, but rather, how to apply the POA indicator to the

As stated in the Introduction to the ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting, a joint effort between the healthcare provider and the coder is essential to achieve complete and accurate documentation, code assignment, and reporting of diagnoses and procedures. The importance of consistent, complete documentation in the medical record cannot be overemphasized. Medical record documentation from any provider involved in the care and treatment of the patient may be used to support the determination of whether a condition was present on admission or not. In the context of the official coding guidelines, the term “provider” means a physician or any qualified healthcare practitioner who is legally accountable for establishing the patient’s diagnosis.

# Definições no Medicare (USA)



<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond/Coding.html>

1 de março de 2013

## CMS POA Indicator Options and Definitions

Code	Reason for Code
<b>Y</b>	<p>Diagnosis was present at time of inpatient admission.</p> <p>CMS will pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "Y" for the POA Indicator.</p>
<b>N</b>	<p>Diagnosis was not present at time of inpatient admission.</p> <p>CMS will <b>not</b> pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "N" for the POA Indicator.</p>
<b>U</b>	<p>Documentation insufficient to determine if the condition was present at the time of inpatient admission.</p> <p>CMS will <b>not</b> pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "U" for the POA Indicator.</p>
<b>W</b>	<p>Clinically undetermined. Provider unable to clinically determine whether the condition was present at the time of inpatient admission.</p> <p>CMS will pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "W" for the POA Indicator.</p>
<b>1</b>	<p>Unreported/Not used. Exempt from POA reporting. This code is equivalent to a blank on the UB-04, however; it was determined that blanks are undesirable when submitting this data via the 4010A.</p> <p>CMS will not pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "1" for the POA Indicator. The "1" POA Indicator should not be applied to any codes on the HAC list. For a complete list of codes on the POA exempt list, see the Official Coding Guidelines for ICD-9-CM. <a href="http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_addenda_guidelines.htm">http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_addenda_guidelines.htm</a></p>

# Definições no Medicare (USA)



<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond/Coding.html>

1 de março de 2013

## CMS POA Indicator Options and Definitions

Code	Reason for Code
<b>P</b>	<p>Diagnosis was present at time of inpatient admission.</p> <p>CMS will pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "Y" for the POA Indicator.</p>
<b>N</b>	<p>Diagnosis was not present at time of inpatient admission.</p> <p>CMS will <b>not</b> pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "N" for the POA Indicator.</p>
<b>D</b>	<p>Documentation insufficient to determine if the condition was present at the time of inpatient admission.</p> <p>CMS will <b>not</b> pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "U" for the POA Indicator.</p>
<b>I</b>	<p>Clinically undetermined. Provider unable to clinically determine whether the condition was present at the time of inpatient admission.</p> <p>CMS will pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "W" for the POA Indicator.</p>
<b>NA</b>	<p>Unreported/Not used. Exempt from POA reporting. This code is equivalent to a blank on the UB-04, however; it was determined that blanks are undesirable when submitting this data via the 4010A.</p> <p>CMS will not pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "1" for the POA Indicator. The "1" POA Indicator should not be applied to any codes on the HAC list. For a complete list of codes on the POA exempt list, see the Official Coding Guidelines for ICD-9-CM. <a href="http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_addenda_guidelines.htm">http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_addenda_guidelines.htm</a></p>



# Documentação

27-Nov-2012 / 09:57 - [REDACTED]

D32 internamento

# Arterite de células gigantes?

- S. Febril + Anemia + Aumento dos parâmetros inflamatórios.
- Assimetria dos pulsos a. temporal.
- Ecografia das artérias temporais normal.
- Biópsia artéria temporal: sinais de arterite temporal, sem evidência de células gigantes.
- Aguarda PET

Vigilâncias: hemodinamicamente estável. Apirexia sustentada desde 15/11. Sem intercorrências.

(S) **Subjective**  
Sem queixas de novo. Sem tosse, sem qualquer outra queixa associada.

(O) **Objective**  
Consciente, colaborante, orientado.  
Ligeiramente descorado. Hidratado.  
Eupneica, em repouso e ar ambiente.  
AC: sons cardíacos rítmicos, com sopro sistólico mais intenso no foco aórtico, com irradiação para a carótida.  
Abdômen sem alterações  
Membros sem edemas; lesão maculopapular, eritematoso, pruriginoso e descamativo na face anterolateral das pernas bilateralmente.

(A) **Assessment**  
Aguarda  
- PET de corpo inteiro.  
- DEXA  
- Resultado do mielograma

(P) **Plan**  
Pede análises para amanhã. Protela-se início de corticoide até fazer PET.  
Mantém atitudes.

Norma SOAP

# Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

## Despacho n.º 2784/2013

Numerosos estudos apontam para o aumento do risco clínico e erro em Medicina com a falta de circulação de informação clara e atempada entre todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde. O Programa do XIX Governo prevê a promoção da melhoria dos registos electrónicos de dados de saúde e a sua partilha a nível nacional, como instrumentos fundamentais de melhoria dos cuidados prestados à população, e ferramenta indispensável a eficácia e eficiência dum sistema de saúde moderno.

Assim, e sob proposta da Comissão para a Informatização Clínica, determina-se:

1. Nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), os registos electrónicos relativos às notas de alta médica e de enfermagem, bem como às notas de transferência das unidades de cuidados intensivos, contemplam no mínimo, sem prejuízo de ulteriores definições em sede de normas clínicas emitidas pela Direção Geral de Saúde (DGS), os seguintes dados:

# Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

## Despacho n.º 2784/2013

Numerosos estudos apontam para o aumento do risco clínico e erro em Medicina com a falta de circulação de informação clara e atempada entre todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde (RNCCI), abandono, saída contra parecer médico ou outro);

reg h) Diagnósticos do catálogo ICD10 em uso no sistema SICO nos casos com em que se verifique o óbito, podendo seguir-se de um breve descritivo à p em texto livre para melhor esclarecimento;

sist i) Causa de internamento (no momento da admissão hospitalar);

de j) Breve descrição do episódio de internamento, bem como quaisquer outros dados de seguimento necessários;

k) Indicação da terapêutica realizada em internamento;

1. Nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), os registos electrónicos relativos às notas de alta médica e de enfermagem, bem como às notas de transferência das unidades de cuidados intensivos, contemplam no mínimo, sem prejuízo de ulteriores definições em sede de normas clínicas emitidas pela Direção Geral de Saúde (DGS), os seguintes dados:

# Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

## Despacho n.º 2784/2013

Numerosos estudos apontam para o aumento do risco clínico e erro em Medicina com a falta de circulação de informação clara e atempada em Medicina, em particular em Medicina de Imagem.

q) Lista de diagnósticos médicos com descritivo clínico comum compreensível ao utente, compreensivo e inequívoco, mas sempre seguidos da indicação entre parêntesis do código de diagnóstico mais adequado a partir da codificação ICD9CM na sua última versão disponibilizada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) ou segundo a codificação do Manual de Diagnósticos e Estatística das Perturbações Mentais - 4ª versão (DSM-IV) da Organização Mundial de Saúde;

r) Lista de procedimentos médicos ou cirúrgicos com descritivo clínico comum compreensível ao utente, compreensivo e inequívoco, mas sempre seguidos da indicação entre parêntesis do código de diagnóstico/procedimento mais adequado a partir da codificação ICD9-CM na sua última versão disponibilizada pela ACSS;

s) Menção da existência de um ou mais dispositivos implantáveis no utente, com referência ao código de DNEADMED I.P. quando ele existe. Saúde (DGS), os seguintes dados:



# Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

## Despacho n.º 2784/2013

Numerosos estudos apontam para o aumento do risco clínico e erro em Medicina com a falta de circulação de informação clara e atempada em Medicina, em particular em Medicina de Urgência e Emergência.

q) Lista de diagnósticos médicos com descritivo clínico comum compreensível ao utente, compreensivo e inequívoco, mas sempre seguidos de um código clínico único do utente, quando disponível na PDS, e atualizado em todos os utentes.

5. Nos estabelecimentos hospitalares do SNS, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde, deve até 1 abril de 2013, ser aprovado pelos respetivos órgãos de direção, um plano de auditoria interna aos registos clínicos obrigatórios, que observe:

- a) Designação do responsável pela auditoria;
- b) Realização de auditorias com periodicidade trimestral;
- c) Auditoria mensal à documentação de alergias e reações adversas, da sua ausência, ou da impossibilidade da recolha dessa informação;
- d) Não conformidade das aplicações informáticas que condicionem o cumprimento do disposto nos pontos 1,2,3 e 4.

## Relatório de Alta

### SERVIÇO DE PEDIATRIA CIRURGICA

Internado em: 02 Janeiro 2013

Data de saída: 08 Janeiro 2013

Data da alta: 08 Janeiro 2013

#### História Clínica

Lactente com 2 meses de idade, antecedentes de prematuridade, internado a 2/1/2013 para correcção de volumosas hernias inguinais bilaterais.

#### Intervenções Cirúrgicas

02/01/2013	5312-Reparacao Bilateral De Hernia Inguinal Indirecta
03/01/2013	5302-Reparacao Unilateral De Hernia Inguinal Indirecta
07/01/2013	5300-Reparacao Unilateral De Hernia Inguinal, Soe 5421-Laparoscopia

#### Terapêutica Efectuada

Fluidoterapia, analgesia, antibioterapia.

Correcção de hernias inguinais bilaterais a 2 de Janeiro de 2013.

Recidiva quase imediata à direita com re-intervenção aproximadamente 12h após a primeira cirurgia.

Quadro de bronquiolite aguda com picos febris desde a primeira intervenção.

Segunda intervenção com cerclagem do anel inguinal após identificação de recidiva de hernia indirecta.

Dia 3 de Janeiro repetiu ecografia por tumefacção inguinal que mostrou: Hidrocele bilateral. Os testículos e os epidídimos correspondentes não revelam alterações ecoestruturais e têm fluxo preservado. Edema escrotal.

Observa-se imagem sugestiva de hematoma escrotal direito, extra testicular com 21 mm de maior diâmetro.

No canal inguinal direito persiste aspecto relacionável com hérnia inguinal (residual?)

À palpação, tumefacção inguinal com patível com hérnia, aparentemente reductível.

Re-intervencionado a 7/1/2013 com identificação de hematoma testicular, hidrocelo e grande quantidade de liquido sero-hematico no canal inguinal. Boa perfusão testicular. Realizada laparoscopia e inspecção do canal inguinal pela cicatriz prévia, sem identificação de recidiva da hernia.

#### Evolução no Internamento

Tolerou alimentação no pós-operatório. Avaliado por Pediatria médica novamente a 8/1/2013 com alta clinica no que concerne o quadro de bronquiolite.

À data de alta, apirético, sem dor espontânea aparente, sem náuseas ou vômitos, a tolerar alimentação, com transito intestinal regular e cicatriz operatória sem sinais inflamatórios.

#### Terapêutica no Ambulatório

Analgesia: paracetamol SOS

Alta clínica orientada para a consulta externa de Cirurgia Pediátrica ( Dr. Jorge da Fonseca).

#### Destino: CONSULTA EXTERNA - C.Pediatria Cirurgica

PORTO, 23 de Fevereiro de 2013

O(A) Médico(a)

## Relatório de Alta

### SERVIÇO DE PEDIATRIA CIRURGICA

Internado em: 02 Janeiro 2013

Data de saída: 08 Janeiro 2013

Data da alta: 08 Janeiro 2013

#### História Clínica

Lactente com 2 meses de idade, antecedentes de prematuridade, internado a 2/1/2013 para correcção de volumosas hernias inguinais bilaterais.

#### Intervenções Cirúrgicas

02/01/2013	5312-Reparacao Bilateral De Hernia Inguinal Indirecta
03/01/2013	5302-Reparacao Unilateral De Hernia Inguinal Indirecta
07/01/2013	5300-Reparacao Unilateral De Hernia Inguinal, Soe 5421-Laparoscopia

#### Terapêutica Efectuada

Fluidoterapia, analgesia, antibioterapia.

Correcção de hernias inguinais bilaterais a 2 de Janeiro de 2013.

Recidiva quase imediata à direita com re-intervenção aproximadamente 12h após a primeira cirurgia.

Quadro de bronquiolite aguda com picos febris desde a primeira intervenção.

Segunda intervenção com cerclagem do anel inguinal após identificação de recidiva de hernia indirecta.

Dia 3 de Janeiro repetiu ecografia por tumefacção inguinal que mostrou: Hidrocoel e testículos e os epidídimos correspondentes não revelam alterações ecoestruturais e têm fluxo sanguíneo escrotal.

Observa-se imagem de líquido no canal inguinal à direita.

No canal inguinal direito observa-se uma imagem de líquido.

À palpação, tumefacção no canal inguinal direito.

Re-intervencionado com cerclagem do anel inguinal.

Re-intervencionado com cerclagem do anel inguinal.

Re-intervencionado com cerclagem do anel inguinal.

Re-intervencionado com cerclagem do anel inguinal.

#### Evolução no Internamento

Tolerou alimentação.

que concerne o quadro.

À data de alta, apirético.

transito intestinal regular.

#### Terapêutica no Ambulatório

Analgesia: paracetamol SOS

Alta clínica orientada para a consulta externa de Cirurgia Pediátrica ( Dr. Jorge da Silva).

#### Destino: CONSULTA EXTERNA - C.Pediatria Cirurgica

PORTO, 23 de Fevereiro de 2013

O(A) Médico(a)

Hérnias

Internado para tratamento cirúrgico

P

# Agudização de doença crónica

05-Dez-2012 / 10:42 - MÃE/CID FTER/2011

D6 internamento

D6 ceftriaxone e azitromicina

# DPOC enfisematosa tabágica **agudizada** por traqueobronquite

# IC provável de etiologia não esclarecida

# Caquexia + astenia e anorexia em estudo

>> Neoplásica vs Pela DPOC enfisematosa ?

# Neo da bexiga submetido a Cistectomia há 5 anos já com alta e portanto sem seguimento neste momento

>> Construída cistostomia

# Álcool 20g/dia - quando novo bebia mais



# Agudização de doença crónica

05-Dez-2012 / 10:42 - MÃE/CID. FERNANDA

D6 internamento

D6 ceftriaxone e azitromicina

# DPOC enfisematosa tagágica **agudizada** por traqueobronquite

# IC provável de etiologia não esclarecida

# Caquexia + astenia e anorexia em estudo

>> Neoplásica vs Pela DPOC enfisematosa ?

# Neo da bexiga submetido a Cistectomia há  
momento

>> Construída cistostomia

# Álcool 20g/dia - quando novo bebia mais

P

Agudização de DPOC enfisematosa

# Neoplasias

Relatório de Alta		
<b>SERVIÇO DE UROLOGIA INTERNAMENTO</b>		
Internado em: 11 Janeiro 2013	Data de saída: 27 Janeiro 2013	Data da alta: 27 Janeiro 2013
<b>História Clínica</b>		
Doente de 63 anos. Internado para realização de prostatectomia radical + linfadenectomia ileo-obturadora por neoplasia maligna da próstata.		
<b>Intervenções Cirúrgicas</b>		
17/01/2013 4053-Excisão Radical De Ganglios Linfáticos Iliacos 605-Prostatectomia Radical		
<b>Terapêutica Efectuada</b>		
Analgesia, antibioterapia, fluidoterapia.		
<b>Evolução no Internamento</b>		
Favorável.		
<b>Terapêutica no Ambulatório</b>		
Analgesia em SOS. Antibioterapia. Retira sonda vesical 6/2/2013. CE de Urologia - Dr. André Silva		
<b>Destino: EXTERIOR NAO REFERENCIADO</b>		
PORTO, 23 de Fevereiro de 2013		
O(A) Médico(a)		

# Neoplasias

Relatório de Alta		
<b>SERVIÇO DE UROLOGIA INTERNAMENTO</b>		
Internado em: 11 Janeiro 2013	Data de saída: 27 Janeiro 2013	Data da alta: 27 Janeiro 2013
<b>História Clínica</b>		
Doente de 63 anos. Internado para realização de prostatectomia radical + linfadenectomia ileo-obturadora por neoplasia maligna da próstata.		
<b>Intervenções Cirúrgicas</b>		
17/01/2013 4053-Excisão Radical De Ganglios Linfáticos Iliacos 605-Prostatectomia Radical		
<b>Terapêutica Efectuada</b>		
Analgesia, antibioterapia, fluidoterapia.		
<b>Evolução no Internamento</b>		
Favorável.		
<b>Terapêutica no Ambulatório</b>		
Analgesia em SOS. Antibioterapia. Retira sonda vesical 6/2/2013. CE de Urologia - Dr. André Silva		
<b>Destino: EXTERIOR NAO REFERENCIADO</b>		
PORTO, 23 de Fevereiro de 2013		
O(A) Médico(a)		



Neoplasia

# Neoplasia diagnosticada durante o internamento

## PORTANTO:

Doente com quadro constitucional associado a suboclusão/oclusão intestinal causada por massa polipoide no sigmoide. Foi discutido on caso com cirurgia geral, tendo-se opato por colocação de prótese inicialmente e cirurgia num segundo tempo. Contudo durante a colonoscopia foi observada lesão polipoide, friável, erodinada quase circunferencial, mas que era transponível pelo endoscópio, pelo que não se colocou prótese --> **Neoplasia do cólon**. O doente será transferido para o Serviço de Cirurgia Geral para programação de cirurgia.

# Neoplasia diagnosticada durante o internamento

## PORTANTO:

Doente com quadro constitucional associado a suboclusão/oclusão intestinal causada por massa polipoide no sigmoide. Foi discutido on caso com cirurgia geral, tendo-se opato por colocação de prótese inicialmente e cirurgia num segundo tempo. Contudo durante a colonoscopia foi observada lesão polipoide, friável, erodinada quase circunferencial, mas que era transponível pelo endoscópio, pelo que não se colocou prótese --> **Neoplasia do cólon**. O doente será transferido para o Serviço de Cirurgia Geral para programação de cirurgia.



Neoplasia

# Internamento por complicação

30-Nov-2012 / 01:18

Falencia de instrumentação de fixação de # colo femur esq.  
Para rever.  
Inscreve-se na LIC e agenda-se para 4ª feira.

## Relato Cirúrgico

Revisao de Encavilhamento fémur c/ Gamma3(cut off na cabeça do femur)

Paciente colocado em decúbito dorsal na mesa ortopédica,

Colocação em mesa de tracção sob controlo fluoroscópico.

Preparação do membro inferior:

Lavagem e desinfecção com Betadine®

Colocação de campos de extremidade

Abordagem por via externa com dissecção por planos e hemostase

Extracção de P colo e de bloqueio distal.Reposicionamento em valgo do colo

Reposicionamento mais distal de Cravo

P colo e P bloqueio distal.

Colocação de dreno aspirativo, encerramento por plano, com grafos na pele.

Penso adequado

# Internamento por complicação

30-Nov-2012 / 01:18 -

Falencia de instrumentação de fixação de # colo femur esq.  
Para rever.  
Inscreve-se na LIC e agenda-se para 4ª feira.

## Relato Cirúrgico

Revisao de Encavilhamento fémur c/ Gamma3(cut off na cabeça do femur)

Paciente colocado em decúbito dorsal na mesa ortopédica,

Colocação em mesa de tracção sob controlo fluoroscópico.

Preparação do membro inferior:

Lavagem e desinfecção com Betadine®

Colocação de campos de extremidade

Abordagem por via externa com dissecção por

Extracção de P colo e de bloqueio distal.Repo

Reposicionamento mais distal de Cravo

P colo e P bloqueio distal.

Colocação de dreno aspirativo, encerramento

Penso adequado

Falência de fixador de fratura do colo do fémur

P

# Entrada por sépsis

- Dados da Alta

Data Alta : 04-Jan-2013 Médico :

Data Saída : 04-Jan-2013 Resultado : MELHORADO

Destino : OUTRO HOSPITAL

- Transferências

03-Jan-2013 Urgente - UROLOGIA INTERNAMENTO - Transferencia

03-Jan-2013 Transferencia - U.C.I.P. - URGENCIA - Hospital

- Diário (Médico)

03-Jan-2013 / 20:14 - DANIEL COSTA

Doente transferida do Hospital de Penafiel por choque septico com ponto de partida em pielonefrite obstrutiva no contexto de cálculo pericentimétrico a nível do ureter proximal direito.

TAC: hidronefrose direita com calculo a nível do ureter proximal, calculo de cerca de 4mm a esquerda a nível da JUV sem dilatação ureteral a montante.

Submetida a derivação urinária urgente com colocação de cateteres JJ bilateralmente que decorreu sem intercorrências.

No pos-operatório admitida em Unidade de Cuidados Intensivos

Por Urologia poderá ser transferida para Unidade de Cuidados Intermédios / Intensivos do Hospital da área de residência para vigilância clínica e continuação de cuidados.



# Entrada por sépsis

- Dados da Alta

Data Alta : 04-Jan-2013 Médico :

Data Saída : 04-Jan-2013 Resultado : MELHORADO

Destino : OUTRO HOSPITAL

- Transferências

03-Jan-2013 Urgente - UROLOGIA INTERNAMENTO - Transferencia

03-Jan-2013 Transferencia - U.C.I.P. - URGENCIA - Hospital

- Diário (Médico)

03-Jan-2013 / 20:14 - DAMI

Doente transferida do Hospital  
obstrutiva no contexto de cá  
TAC: hidronefrose direita co  
da JUV sem dilatação ureter  
Submetida a derivação uriná  
intercorrencias.  
No pos-operatório admitida

**Choque séptico**  
**Transferido de outro hospital**

Por Urologia poderá ser transferida para Unidade de Cuidados Intermédios / Intensivos do Hospital da área de residência para vigilância clínica e continuação de cuidados.

P

# Pneumonia

22-Nov-2012 / 12:36 - MARIA FRANCESCA BASTOS

Doente com tumor carcinóide, internado para realização de lobectomia inf esq, que efectuou a 12/11/2012.

**Pneumonia com empiema** septado, actualmente com parametros de infeção a melhorar, apesar de se manter subfebril.

Pedido de colaboração por LRA.

Sem outros antecedentes patológicos nomeadamente HTA, DM tipo2, litíase renal, história de hematuria ou de ITUs.

Refere sede, melhora da tosse, com expectoração mucosa. Sem dispneia ou dor torácica importante. Nega disúria ou polaquiúria, diurese mantida e adequada à ingestão hídrica abundante que tem feito. esteve medicado desde a cirurgia até ontem com ibuprofeno fixo e vancomicina. Sem dores musculares/episódios convulsivos. Perfil tensional estável

Até 19/11 com função renal normal, tendo-se documentado a 21/11 pCreat 2.3mg/dL, ureia 36mg/dL.

Anemia microcítica. Ionograma normal. não disponível SU nem estudo analítico de hoje.

ao exame objectivo: hemodinamicamente estável.

Corado, hidratado.

Sem TVJ a 45°, sem edema periférico

AP com diminuição sossn na base esq, sem estase

AC S1 e S2 presentes, ritmicos sem sopros

Abdomen mole e depressível, indolor.

LRA de provável etiologia iatrogenica no contexto de aine's e vancomicina (mesmo em níveis terapêuticos).

Eosinofilia relativa periférica- NIA?

Sugiro (não consigo pedir por erro informático) ecografia rV para despiste de obstrução.

Peço estudo analítico para hoje com hemograma, eosinófilos na urina e sedimento urinário.

Será avaliado amanhã por nefrologia. Peço análises para amanhã

# Pneumonia

22-Nov-2012 / 12:36 - MARIA FRANCESCA BASTOS

Doente com tumor carcinoide, internado para realização de lobectomia inf esq, que efectuou a 12/11/2012.

**Pneumonia com empiema** septado, actualmente com parametros de infeção a melhorara, apesar de se manter subfebril.

Pedido de colaboração por LRA.

Sem outros antecedentes patológicos nomeadamente HTA, DM tipo2, litíase renal, história de hematuria ou de ITUs.

Refere sede, melhora da tosse, com expectoração mucosa. Sem dispneia ou dor torácica importante. Nega disuria ou polaquiúria, diurese mantida e adequada à ingestão hídrica abundante que tem feito. esteve medicado desde a cirurgia até ontem com ibuprofeno fixo e vancomicina. Sem dores musculares/episódios convulsivos. atual estavel

Até 19/11 com função renal normal, tendo-se documentado a 21/11 pCreat 2.3mg/dL, ureia

Anemia microcítica. lo

ao exame objectivo: he

Corado, hidratado.

Sem TVJ a 45°, sem ec

AP com diminuição so

AC S1 e S2 presentes,

Abdomen mole e depr

LRA de provavel etiolo

Eosinofilia relativa periferica-MA.

Sugiro (não consigo pedir por erro informatico) ecografia rV para despiste de obstrução.

Peço estudo analítico para hoje com hemograma, eosinófilos na urina e sedimento urinário.

Será avaliado amanhã por nefrologia. Peço análises para amanhã

Tumor carcinoide do pulmão

Lobectomia em 12-11-2012

Pneumonia diagnosticada em 22-11-2012

(nota de entrada inexistente)

N

# Broncopneumonia

31-Dez-2012 / 12:22 -

Observação por Medicina Interna (urgência interna), a pedido da equipa médica de CV de urgência.

Doente sonolento, facilmente despertável, com resposta verbal simples; alguns acessos de tosse não eficaz; ruído de secreções na faringe.

Terá ficado prostrado e desorientado desde 28/12. Antes totalmente autónomo; apenas com disfagia e vómitos sobretudo após a HD.

IRCT em HD desde há cerca de 9 anos; DM2+HTA.

Presentemente apirético, com FR=18 ciclos / min; sem cianose; sem tiragem

FC=73 min; TA=113/42 mmHg

Oxigenoterapia suplementar por máscara de alto débito; com SNG para alimentação

AP= Sons respiratórios presentes e simétricos; roncos dispersos; crepitações médias, sobretudo no campo pulmonar direito; I/E 1:1.

AC= S1 e S2 N; difícil de valorizar devido aos ruídos adventícios pulmonares.

Análises de ontem: síndrome inflamatório sistémico

Rx de torax de hoje: má definição das bases onde se adivinha infiltrado algodonoso, sobretudo à direita.

Impressão: **broncopneumonia**; já sob cobertura antibiótica há 3 dias;

Optimizo tx com broncodilatadores inalados.

26-Dez-2012 / 16:35 -

Admitido por lesão trofica do 5º dedo do MID.

Para angiografia amanhã.

Valido terapêutica.

Contactad nefrologia para realização de HD.

# Broncopneumonia

31-Dez-2012 / 12:22 -

Observação por Medicina Interna (urgência interna), a pedido da equipa médica de CV de urgência.

Doente sonolento, facilmente despertável, com resposta verbal simples; alguns acessos de tosse não eficaz; ruído de secreções na faringe.

Terá ficado prostrado, sobretudo após a IRCT em HD desde 26-Dez-2012.

Presentemente a FC=73 min; TA=110/70 mmHg; SpO2=95% em O2 2L/min.

Oxigenoterapia suplementar por máscara facial.

AP= Sons respiratórios diminuídos no campo pulmonar direito; S1 e S2 N; difíceis de auscultar.

AC= S1 e S2 N; difíceis de auscultar.

Análises de ontem: Hemograma: Hb=11.5 g/dl; Hct=35.5%; Plq=150.000/mm3; Tg=1.2 mmHg.

Rx de torax de hoje: Opacidades difusas no campo pulmonar direito e inferior esquerdo.

Impressão: **broncopneumonia**; já sob cobertura antibiótica há 3 dias; Optimizo tx com broncodilatadores inalados.

26-Dez-2012 / 16:35 -

Admitido por lesão trofica do 5º dedo do MID.

Para angiografia amanhã.

Valido terapêutica.

Contacado nefrologia para realização de HD.

Aterosclerose com gangrena MID__	440.24	P
Diabetes Mellitus tipo 2 _____	250.00	P
Hipertensão Arterial _____	403.91	P
Insuficiência Renal Crónica Terminal	585.6	P
Status de Hemodiálise _____	V45.11	NA
Broncopneumonia _____	485	N

# Complicação de procedimento

AC - sons hiporreflexos, sopro sistólico grau III/VI

Abdomen depressível e indolor, sm sinais de irritação peritoneal, RHA diminuídos.

Hematoma da coxa dta em reabsorção. Penso repassado de líquido.

Edemas dos pés e região pre-tibial, mas marcado à esquerda.

Feito penso do CVC femoral esquerdo --> repassado de líquido, mas sem exsudado e sem sinais inflamatórios.

Feito penso da região femoral direita (**hematoma pós-tentativa** de colocação de CVC) --> penso repassado de líquido e muito discreta perda hemática (apenas no penso), sem exsudado.

GSvenosa: lact 0.78

GSA (CN a 3L/min): pH 7.52, pCo2 33.8, pO2 71.8, HCO3- 27.0, lact 0.51

Análises ontem:

Hb estável

## LISTA PROBLEMAS

1) Tosse produtiva + expectoração purulenta, sem febre + rad tórax hipotransparência base direita

- Derrame pleural unilateral grande/médio volume - toracocentese diagnóstica a 4/11 --> **pneumotórax**--> colocação de dreno torácico e realização de biópsia pleural a 5/12.

- Líquido pleural com características de exsudado.

2) IRA/ IRC agudizada não oligúrica (rabdomiólise) » melhoria função renal; melhoria de rabdomiólise

- Ecografia reno-vesical sem evidência de obstrução

3) Vômitos uma semana evolução - neste momento sem vômitos e com bom apetite

4) Anemia NN - já presente em 2009 - sobreponível



# Complicação de procedimento

28-Dez-2012 / 14:00 -

## D1 internamento

Doente regressou do serviço de Radiologia após BAT guiada por TC de lesão pulmonar na base dta.

Segundo colega de Radiologia, o procedimento complicou com **pneumotórax** de pequeno volume, o qual foi aspirado. A radiografia torácica realizada após o procedimento não permite avaliar ptx, dado que foi realizada em decúbito dorsal (doente não fez em pé por apresentar queixas álgicas).

À observação, doente apresenta-se ansiosa e refere dor no local da punção.

Sem tosse ou expectoração hemoptóica.

Sem SDR.

FC 95 bpm.

StO2 AR: 98%

AC s1 e s2 presentes, rítmica

AP SR globalmente diminuídos (auscultação dificultada pela má inspiração na sequência da dor)

Plano:

- Optmiza-se analgesia.

- Terapêutica ansiolítica.

- Rx tórax de controlo em pé às 16h00.

- Fica com enoxaparina 60mg 12/12h. À alta contactar serviço de Imuno-Hemoterapia para reiniciar varfarina.

28-Dez-2012 / 08:48 - HANS DABO

INR 1.39 compatível com o procedimento; PFA alterado

Plano: faz 5CP antes do procedimento

## História Clínica

Doente feminino, 60anos

# Complicação de procedimento

28-Dez-2012 / 14:00 -

## D1 internamento

Doente regressou do serviço de Radiologia após BAT guiada por TC de lesão pulmonar na base dta. Segundo colega de Radiologia, o procedimento complicou com **pneumotórax** de pequeno volume, o qual foi aspirado. A radiografia torácica realizada após o procedimento não permite avaliar ptx, dado que foi realizada em decúbito dorsal (doente não fez em pé por apresentar queixas álgicas). À observação, doente apresenta-se ansiosa e refere dor no local da punção. Sem tosse ou expectoração hemoptóica.

Sem SDR.

FC 95 bpm.

StO2 AR: 98%

AC s1 e s2 presentes, rítmica

AP SR globalmente diminuídos (auscultação dificultada pela má inspiração na s... r)

Plano:

- Optmiza-se analg

- Terapêutica ansio

- Rx tórax de contro

- Fica com enoxapa

28-Dez-2012 / 08:48

INR 1.39 compatível

Plano: faz 5CP ante

## História Clínica

Doente feminino, 60anos

Hematoma na sequência de CVC  
Pneumotórax na sequência de toracocentese  
ou de biópsia pulmonar trans-torácica

N



# Reação adversa no internamento

- Dados de Admissão

Nº Episódio : 12043430 Dta internamento : 17-Dez-2012 Episódio Prov : 12278726

Proveniencia: URGENCIA - URGENCIA GERAL

- Dados da Alta

Data Alta : 22-Dez-2012 Médico :

Data Saída : 22-Dez-2012 Resultado : MELHORADO

Destino : EXTERIOR NAO REFERENCIADO -

- Transferências

17-Dez-2012	Urgente	- U.C.I. CARDIOLOGIA - Transferencia
19-Dez-2012	Transferencia	- CARDIOLOGIA INTERNAMENTO - Alta

- Diário (Médico)

21-Dez-2012 / 19:22 -

"Observação ORL a 20-12-2012"

PEdido de colaboração por epistáxis em doente Hipocoagulado.

Ao E:O:

RA: desvio dextro-convexo do septo nasal, ectasia vascular do plexo de kiesselbach no 1/3 anterior do septo nasal, sem hemorragia activa. Tamponamento com surgicell e spongostan.

Penso compressivo.

Plano:

-Explicadas medidas gerais para evitar epistaxis.

-Retira adesivo às 72h. Tamponamento nasal absorvível não deverá ser removido.

-cabeceira do leito elevado.

# Reação adversa no internamento

• Dados de Admissão	
Nº Episódio :	12043430 Dta internamento : 17-Dez-2012 Episódio Prov : 12278726
Proveniencia:	URGENCIA - URGENCIA GERAL
• Dados da Alta	
Data Alta :	22-Dez-2012 Médico :
Data Saída :	22-Dez-2012 Resultado : MELHORADO
Destino :	EXTERIOR NAO REFERENCIADO -
• Transferências	
17-Dez-2012	Urgente
19-Dez-2012	Trans
• Diário (Médico)	
21-Dez-2012 / 19:22	Internamento por doença cardíaca Epistaxe em doente hipocoagulado ocorrida ao quarto dia de internamento
"Observação ORL a Pedido de colabora Ao E:O: RA: desvio dextro- hemorragia activa. Tamponamento com surgicell e spongostan. Penso compressivo. Plano: -Explicadas medidas gerais para evitar epistaxis. -Retira adesivo às 72h. Tamponamento nasal absorvível não deverá ser removido. -cabeceira do leito elevado.	



```
# 1 - Nº Dte. 10030298 - Nº Epis. Intern. 12011944 - EFR: 935601
Nasc. 02/07/1977 Sexo Fem. Idade: 34 anos Proven.: Urgência
Admissão: Não programada
Int 28/03/12 17:15 - Serv OBSTETRIC. Tr. 26/04/12 04:37 - Serv UCI C.PROG
Tr. 26/04/12 13:11 - Serv REANIMAÇÃO Tr. 07/05/12 14:15 - Serv OBS C.I.A.D
Tr. 10/05/12 14:21 - Serv OBSTETRIC. Tr. 28/05/12 16:23 - Serv MEDICINA A
Tr. 20/06/12 12:21 - Serv MEDICINA A Tr. 22/06/12 18:40 - Serv CIR.VASCUL
Tr. 07/12/12 09:58 - Serv CIR.PLAST. Alta Hosp. 19/12/12 13:19
Demora: 266 dias Destino: domicílio - e para Consulta Externa do Hospital
*** internamento acima do limiar máximo do GDH (83 dias) [693]
Diagnóstico Principal:
038.9 SEPTICEMIA NÃO ESPECIFICADA [V08-9a1]
*** verificar sequência dos códigos de obstetria [895]
Outros Diagnósticos:
995.92 CCM SEPSIS SEVERA
785.52 CCM CHOQUE SEPTICO
440.23 ATEROSCLEROSE DE ARTERIAS NATIVAS DAS EXTREMIDADES, COM ULCERAÇÃO
707.14 CC ULCERA DO CALCANHAR E MEIO DO PE
041.7 CC PSEUDOMONAS
041.19 ESTAFILOCOCCOS NÃO CLASSIFICAVEIS EM OUTRA PARTE
593.9 PERTURBAÇÃO NÃO ESPECIFICADA DO RIM E DO UTERO
573.9 PERTURBAÇÃO NÃO ESPECIFICADA DO FÍGADO
285.1 CC ANEMIA AGUDA POS-HEMORRÁGICA
286.9 CC DEFECITOS DE COAGULAÇÃO NCOP OU NÃO ESPECIFICADOS
276.2 CC ACIDOSE
518.51 CCM FALÊNCIA RESPIRATORIA AGUDA CONSEQUENTE A TRAUMATISMO E CIRURGIA
289.59 DOENÇA DO BACO NCOP
647.83 DOENÇA INFECCIOSA E PARASITÁRIA NCOP -CONDIÇÃO OU COMPLICAÇÃO ANTERA
998.11 CCM HEMORRÁGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO
E878.8 REACÇÃO ANORMAL A OPERAÇÕES OU ACTOS MÉDICOS ESPECIFICADOS NCOP
998.02 CCM CHOQUE POS-OPERATÓRIO, SEPTICO
568.81 CCM HEMOPERITONEU (NÃO TRAUMÁTICO)
276.8 CC HIPOCÁLEMIA
998.12 CCM HEMATOMA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO
998.59 CC INFECÇÃO POS-OPERATÓRIA NCOP
287.5 CC TROMBOCITOPENIA NÃO ESPECIFICADA
728.2 DESGASTE MUSCULAR E ATROFIA POR DESUSO, NCOP
273.8 ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DAS PROTEÍNAS PLASMÁTICAS, NCOP
276.1 CC HIPOMOLARIDADE E / OU HIPONATREMIA
794.8 RESULTADOS ANORMAIS NÃO ESPECÍFICOS DE PROVAS FUNCIONAIS DO FÍGADO
398.29 DOR CRÓNICA, NÃO CLASSIFICÁVEL EM OUTRA PARTE
228.04 HEMANGIOMA DE ESTRUTURAS INTRA-ABDOMINAIS
*** verificar a não codificação da morfologia em diagnóstico de neoplasia [896]
289.81 CC ESTADO HIPERCÁULAVEL PRIMÁRIO
412. ENFARTE ANTIGO DO MÍOCARDIO
305.1 PERTURBAÇÃO DO USO DO TABACO
V12.54 HISTÓRIA PESSOAL DE ACIDENTE ISQUÉMICO TRANSITÓRIO E ENFARTE CEREBRAL
V58.66 USO PROLONGADO (ACTUAL) DE ASPIRINA
Procedimentos: data (1ª) cir. 26/04/2012
74.0 BD CESARIANA CLÁSSICA
*** código de procedimento selecionado para rastreio [164]
66.39 BD ESTERILIZAÇÃO FEMININA
50.12 BD BIÓPSIA ABERTA DO FÍGADO
54.12 BD REABERTURA DO LOCAL DE LAPAROTOMIA RECENTE
86.22 BD DESBRIDAMENTO EXCISSIONAL DE FERIDA, INFECÇÃO OU QUEIMADURA
86.22 BD DESBRIDAMENTO EXCISSIONAL DE FERIDA, INFECÇÃO OU QUEIMADURA
*** código de procedimento duplicado [168] [CONF!]
05.23 BD SIMPATICECTOMIA LOMBAR
86.22 BD DESBRIDAMENTO EXCISSIONAL DE FERIDA, INFECÇÃO OU QUEIMADURA
*** código de procedimento duplicado [168] [CONF!]
86.69 BD ENFERMO LIVRE DA PELE EM LOCAL NÃO CLASSIFICÁVEL EM OUTRA PARTE
03.90 INSERÇÃO CATETER NO CANAL MEDULAR P/INFUSÃO SUBST.TERAP./PALIAT.
03.91 INJECCAO DE ANESTÉSICO NO CANAL MEDULAR PARA ANALGESIA
96.04 * INSERÇÃO DE TUBO ENDOTRAQUEAL
96.71 * VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA POR MENOS DE 96 HORAS CONSECUTIVAS
88.47 ARTERIOGRAFIA DE ARTERIAS INTRA-ABDOMINAIS NCOP, UTILIZANDO MATERIAL
91.63 EX.MICR. DE AMOSTRA DA PELE E TEGUMENTOS - CULTURA E SENSIBILID.
54.91 PARACENTESE ABDOMINAL PERCUTÂNEA
88.76 ECOGRAFIA DIAGNÓSTICA DO ABDOMEN E RETROPERITONEU
90.52 EXAME MICROSCÓPIO DE SANGUE - CULTURA
91.13 EX.MICROSC. AMOSTRA PERITONEU/RETROPERIT. - CULTURA E SENSIBILID
91.32 EX.MIC.BEXIG. URETRA,PROST., SEMINAL, URINA, SEMEN - CULTURA
88.48 ARTERIOGRAFIA FEMORAL E OUTR ARTERIAS MEMBROS INF., UTILIZANDO MATERI
88.72 ECOGRAFIA DIAGNÓSTICA DO CORAÇÃO
99.04 TRANSFUSÃO DE GLOBULOS RUBROS
99.07 TRANSFUSÃO DE OUTROS SOROS
00.17 INFUSÃO DE AGENTE VASOPRESSOR
93.50 APLICAÇÃO DE PENSO COMPRESSIVO
88.01 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN
38.93 CATETERIZAÇÃO VENOSA, NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE
88.94 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ESTRUTURAS OSTEOMUSCULARES
38.91 CATETERIZAÇÃO ARTERIAL
88.75 ECOGRAFIA DIAGNÓSTICA DO APARELHO URINÁRIO
91.39 EX.MICR. NCOP. BEXIGA, URETRA, PROST., V.SEM., T.PERIVES., URINA, SEMEN
99.26 INJECCAO DE TRANQUILIZANTE
88.27 RADIOGRAFIA DOS OSSOS DA COXA, JOELHO E PERNA
89.65 DETERMINAÇÃO DE GASES NO SANGUE ARTERIAL
90.59 EXAME MICROSCÓPIO NCOP DO SANGUE
*** registo com parto referenciado, falta o diagnóstico e o produto do [819]
*** verificar realização de cesariana clássica vs segmentar transversa [894]
Médico(a) Cedidatario(a): 26977 Operador: 206
Internamento no GDH: 02/12/12 a 26/02/13 339-2/2009)
Rec.Serv. 39 23/02/13 Cod. de Serv. 04/02/13, Corr./A 39 12/02
Corr./A 23 21/02/13, Entregab 21/02/13
GDH 18 Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistémicas ou de Locais não espec
GDH 581 C Procedimentos por infeções sistémicas e perturbações parasitárias, c
*** confirmada a mensagem: código de procedimento duplicado [168] [CONF!]
(Registo do ficheiro AVLUSSD exportado do WebGDH em 21/02/2013 às 15:59)
```

# Um episódio complicado ...

# 1 - Nº Dte. 10030298 - Nº Epis. Intern. 12011944 - EFR: 935601  
 Nasc. 02/07/1977 Sexo Fem. Idade: 34 anos Proven.: Urgência  
 Admissão: Não programada  
 Int 28/03/12 17:15 - Serv OBSTETRIC. Tr. 26/04/12 04:37 - Serv UCI C.PROG  
 Tr. 26/04/12 13:11 - Serv REANIMACAO Tr. 07/05/12 14:15 - Serv OBS C.I.AD  
 Tr. 10/05/12 14:21 - Serv OBSTETRIC. Tr. 28/05/12 16:23 - Serv MEDICINA A  
 Tr. 20/06/12 12:21 - Serv MEDICINA A Tr. 22/06/12 18:40 - Serv CIR.VASCUL  
 Tr. 07/12/12 09:58 - Serv CIR.PLAST. Alta Hosp. 19/12/12 13:19  
 Demora: 266 dias  
 Diagnóstico Principal: 038.9 SEPTICEMIA NAO ESPECIFICADA [VIH-rel]  
 \*\*\* internamento acima do limiar máximo do GDH (83 dias) [693]  
 \*\*\* verificar sequenciação dos códigos de obstetrícia [895]  
 Outros Diagnósticos:  
 995.92 CCM SEPSIS SEVERA  
 785.52 CCM CHOQUE SEPTICO  
 440.23 ATEROSCLEROSE DE ARTERIAS NATIVAS DAS EXTREMIDADES, COM ULCERACAO  
 707.14 CC ULCERA DO CALCANHAR E MEIO DO PE  
 041.7 CC PSEUDOMONAS  
 \*\*\* código de procedimento duplicado [168] [CONF!]  
 86.69 DO ENFERMO LIVRE DA PELE EM LOCAL NAO CLASSIFICAVEL EM OUTRA PARTE  
 03.90 INSERCAO CATETER NO CANAL MEDULAR P/INFUSAO SUBST.TERAP./PALIAT.  
 03.91 INJECCAO DE ANESTESICO NO CANAL MEDULAR PARA ANALGESIA  
 96.04 INSERCAO DE TUBO ENDOTRAQUEAL  
 96.71 VENTILACAO MECANICA CONTINUA POR MENOS DE 96 HORAS CONSECUTIVAS  
 88.47 ARTERIOGRAFIA DE ARTERIAS INTRA-ABDOMINAIS NCOP. UTILIZANDO MATERIAL  
 91.63 EX.MICR. DE AMOSTRA DA PELE E TEGUMENTOS - CULTURA E SENSIBILID.  
 54.91 PARACENTESE ABDOMINAL PERCUTANEA  
 88.76 ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DO ABDOMEN E RETROPERITONEU  
 90.52 EXAME MICROSCOPICO DE SANGUE - CULTURA  
 91.19 EX.MICR. DE AMOSTRA PERITONEU/RETROPERIT. - CULTURA E SENSIBILID  
 91.32 EX.MIC.BEXIG. URETRA,PROST,V.SEMINAL, URINA,SEME - CULTURA  
 88.48 ARTERIOGRAFIA FEMORAL E OUTR ARTERIAS MEMBROS INF., UTILIZANDO MATERI  
 88.72 ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DO CORACAO  
 99.04 TRANSFUSAO DE GLOBULOS RUBROS  
 99.07 TRANSFUSAO DE OUTROS SOROS  
 00.17 INFUSAO DE AGENTE VASOPRESSOR  
 03.56 APLICACAO DE PENSO COMPRESSIVO  
 88.01 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN  
 38.93 CATETERIZACAO VENOSA, NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE  
 88.94 RESSONANCIA MAGNETICA DE ESTRUTURAS OSTEOMUSCULARES  
 38.91 CATETERIZACAO ARTERIAL  
 88.75 ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DO APARELHO URINARIO  
 91.39 EX.MICR. NCOP.BEXIGA,URETRA,PROST.,V.SEM.,T.PERIVES.,URINA,SEME  
 99.26 INJECCAO DE TRANQUILIZANTE  
 88.27 RADIOGRAFIA DOS OSSOS DA COXA, JOELHO E PERNA  
 89.65 DETERMINACAO DE GASES NO SANGUE ARTERIAL  
 90.59 EXAME MICROSCOPICO NCOP DO SANGUE  
 \*\*\* registro com parto referenciado, falta o diagnóstico e o produto do [819]  
 \*\*\* verificar realização de cesariana clássica vs segmentar transversa [894]  
 Médico(a) Ceditador(a): 26977 Operador: 206  
 Documento gerado em 21/02/2013 às 15:59 (Par: 1339-R/2009)  
 Rec.Serv. 39 23/02/13, Cod: AB 02/13, >Servivv.AB 04/02/13, Corr./A 39 12/02  
 Corr./A 23 21/02/13, Entreg:AB 21/02/13  
 GCD 18 Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistêmicas ou de Locais não espec  
 GDH 581 C Procedimentos por infecções sistêmicas e perturbações parasitárias, c  
 \*\*\* confirmada a mensagem: código de procedimento duplicado [168] [CONF!]  
 (Registro do ficheiro AVULSUSD exportado do WebGDH em 21/02/2013 às 15:59)

# 1 - Nº Dte. 10030298 - Nº Epis. Intern. 12011944 - FFR: 935601  
Nasc. 02/07/1977 Sexo Fem. Idade: 34 anos Proven.: Urgência  
Admissão: Não programada  
Int 28/03/12 17:15 - Serv OBSTETRIC. Tr. 26/04/12 04:37 - Serv UCI C.PROG  
Tr. 26/04/12 13:11 - Serv REANIMACAO Tr. 07/05/12 14:15 - Serv OBS C.I.A.D  
Tr. 10/05/12 11:00 - Serv OBSTETRIC. Tr. 06/06/12 12:00 - Serv REANIMACAO  
Tr. 20/06/12 10:00 - Serv OBSTETRIC. Tr. 06/06/12 12:00 - Serv REANIMACAO  
Tr. 07/12/12 10:00 - Serv OBSTETRIC. Tr. 06/06/12 12:00 - Serv REANIMACAO  
Demora: 266 d  
Diagnóstico intern. 10030298 - Nº Epis. Intern. 12011944 - FFR: 935601  
038.9 SEI  
\*\*\* verifi  
Outros Diagn. 785.52 CCM CHOQUE SEPTICO  
995.92 CCM SEI 440.23 ATEROSCLEROSE DE ARTERIAS NATIVAS DAS EXTREMIDADES, COM ULCERACAO  
785.52 CCM CHI 707.14 CC ULCERA DO CALCANHAR E MEIO DO PE  
440.23 ATI 041.7 CC PSEUDOMONAS  
707.14 CC ULI 041.19  
041.19 CC PSI 041.19  
593.9 PEI 593.9  
573.9 PEI 573.9  
285.1 CC ANI 285.1 CC ANEMIA AGUDA POS-HEMORRAGICA  
286.9 CC DEI 286.9 CC DEFEITOS DE COAGULACAO NCOP OU NAO ESPECIFICADOS  
276.2 CC AC 276.2 CC ACIDOSE  
518.51 CCM FAL 518.51 ccm FALENCIA RESPIRATORIA AGUDA CONSEQUENTE A TRAUMATISMO E CIRURGIA  
289.59 DOI 289.59 DOENCA DO BACO NCOP  
647.83 DOI 647.83 DOENCA INFECCIOSA E PARASITARIA NCOP -CONDICAO OU COMPLICACAO ANTEPA  
998.11 CCM HEI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
E878.8 REI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
998.02 CCM CHI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
568.81 CCM HEI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
276.8 CCM HI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
998.12 CCM HEI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
998.59 CCM INI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
287.5 CC TRI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
728.2 DE 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
273.8 AL 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
276.1 CC HI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
794.8 RES 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
398.29 DOI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
228.04 HEI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
\*\*\* verifi  
289.81 CC ESI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
412. EMI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
305.1 PEI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
V12.54 HI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
V58.66 USI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
Procedimentos:  
74.0 DO CESI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
\*\*\* codigo  
66.39 DO ESTI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
50.12 DO BTOI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
54.12 DO REAE 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
86.22 DO DESE 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
86.22 DO DESE 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
\*\*\* codigo  
05.23 DO SIMF 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
86.22 DO DESE 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
\*\*\* codigo de m  
86.69 DO ENMERIO 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
03.90 INSERCAO 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
03.91 INJECCAO 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
96.04 INSERCAO 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
96.71 VENTILACAO 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
88.47 ARTERIOGR 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
91.63 EX.MICR. 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
54.91 PARACENTESE ABDOMINAL, LIGAMENTO 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
88.76 ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DO ABDOMEN E RETROPERITONEU 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
90.52 EXAME MICROSCOPICO DE SANGUE - CULTURA 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
91.13 EX.MICROSC. AMOSTRA PERITONEU/RETROPERIT. - CULTURA E SENSIBILID 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
91.32 EX.MIC.BEXIG. URETR. PROST. V. SEMINAL. URINA, SEMEN - CULTURA 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
88.48 ARTERIOGRAFIA FEMORAL E OUTR ARTERIAS MEMBROS INF., UTILIZANDO MATERI 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
88.72 ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DO CORACAO 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
99.04 TRANSFUSAO DE GLOBULOS RUBROS 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
99.07 TRANSFUSAO DE OUTROS SOROS 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
00.17 INFUSAO DE AGENTE VASOPRESSOR 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
03.56 APLICACAO DE PENSO COMPRESSIVO 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
88.01 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
38.93 CATETERIZACAO VENOSA, NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
88.94 RESSONANCIA MAGNETICA DE ESTRUTURAS OSTEOMUSCULARES 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
38.91 CATETERIZACAO ARTERIAL 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
88.75 ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DO APARELHO URINARIO 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
91.39 EX.MICR. NCOP BEXIGA, URETRA, PROST., V. SEM., T.PERIVES., URINA, SEMEN 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
99.26 INJECCAO DE TRANQUILIZANTE 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
88.27 RADIOGRAFIA DOS OSSOS DA COXA, JOELHO E PERNA 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
89.65 DETERMINACAO DE GASES NO SANGUE ARTERIAL 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
90.59 EXAME MICROSCOPICO NCOP DO SANGUE 998.11 CCM HEMORRAGIA COMPLICANDO UM PROCEDIMENTO  
\*\*\* registo com parto referenciado, falta o diagnóstico e o produto do [819]  
\*\*\* verifi realizacão de cesariana clássica vs segmentar transversa [894]  
Medic(a)l Cedidador(a): 26977 Operador: 206  
Programa de acompanhamento da gravidez 2011/2012 (21/02/2013 13:39:22009)  
Rec.Serv. 39 23/12/12, Cod. AB 04/02/13, >Servivv.AB 04/02/13, Corr./A 39 12/02  
Corr./A 23 21/02/13, Entregv.AB 21/02/13  
GCD 18 Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistêmicas ou de Locais não espec  
GDH 581 C Procedimentos por infeções sistêmicas e perturbações parasitárias, c  
\*\*\* confirmada a mensagem: código de procedimento duplicado [1681] [CONF!]  
(Registo do ficheiro AVULSUSD exportado do WebGDH em 21/02/2013 às 15:59)



# 1 - Nº Dte. 10030298 - Nº Epis. Intern. 12011944 - FFR: 935601  
Nasc. 02/07/1977 Sexo Fem. Idade: 34 anos Proven.: Urgência  
Admissão: Não programada  
Int 28/03/12 17:15 - Serv OBSTETRIC. Tr. 26/04/12 04:37 - Serv UCI C.PROG  
Tr. 26/04/12 13:11 - Serv REANIMACAO Tr. 07/05/12 14:15 - Serv OBS C.I.AD  
Tr. 10/05/12 12:00 - Serv OBSTETRIC. Tr. 06/05/12 12:00 - Serv OBSTETRIC. S  
Tr. 20/06/12 12:00 - Serv OBSTETRIC. Tr. 07/12/12 12:00 - Serv OBSTETRIC. S  
Tr. 07/12/12 12:00 - Serv OBSTETRIC. Tr. 07/12/12 12:00 - Serv OBSTETRIC. S  
Demora: 266 d  
\*\*\* intern  
Diagnóstico P  
038.9 SEI  
\*\*\* verifi  
Outros Diagn  
995.92 CC SEI  
785.52 CC CH  
440.23 ATI  
707.14 CC UL  
041.7 CC PSI  
041.19 ES  
593.9 PEI  
573.9 PEI  
285.1 CC AN  
286.9 CC DE  
276.2 CC AC  
518.51 CC FA  
289.59 DOI  
647.83 DOI  
998.11 CC HE  
E878.8 RE  
998.02 CC CH  
568.81 CC HE  
276.8 CC HI  
998.12 CC HE  
998.59 CC IN  
287.5 CC TR  
728.2 DE  
273.8 AL  
276.1 CC HI  
794.8 RE  
398.29 DOI  
228.04 HE  
\*\*\* verifi  
289.81 CC ES  
412. EW  
305.1 PEI  
V12.54 HI  
V58.66 US  
Procedimentos  
74.0 BO CES  
\*\*\* código  
66.39 BO EST  
50.12 BO BIO  
54.12 BO REA  
86.22 BO DES  
86.22 BO DES  
\*\*\* código  
05.23 BO SIM  
86.22 BO DES  
\*\*\* código de m  
86.69 BO EN  
03.90 INSE  
03.91 INJECC  
96.04 INSE  
96.71 VENTIL  
88.47 ARTERIO  
91.63 EX.MICR  
54.91 PARACEN  
88.76 ECOGRA  
90.52 EXAME MICR  
91.13 EX.MICROSC  
91.32 EX.MIC.BEXIG  
88.48 ARTERIOGRA  
88.72 ECOGRA  
99.04 TRANSFUS  
99.07 TRANSFUS  
00.17 INFUSAO  
03.56 APLICAC  
88.01 TOMOGRAFIA  
38.93 CATETERIZAC  
88.94 RESSONANCIA  
38.91 CATETERIZAC  
88.75 ECOGRA  
91.39 EX.MICR. NCOP  
99.26 INJECCAO  
88.27 RADIOGRA  
89.65 DETERMINAC  
90.59 EXAME MICR  
\*\*\* registro com parto referenciado, falta o diagnóstico e o produto do [819]  
\*\*\* verificar realizacao de cesariana classica vs segmentar transversa [894]  
Medic(a) Ceditador(a): 26977 Operador: 204  
Imprimido na data 02/12/2013 às 21:02:13 (Pág. 1339-2/2009)  
Rec.Serv. 39 23/12/13, Cod. AB 04/02/13, Servivv. AB 04/02/13, Corr./A 39 12/02  
Corr./A 23 21/02/13, Entreg: AB 21/02/13  
GDH 18 Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistêmicas ou de Locais não espec  
GDH 581 C Procedimentos por infecções sistêmicas e perturbações parasitárias, c  
\*\*\* confirmada a mensagem: código de procedimento duplicado [168] [CONF!]  
(Registo do ficheiro AVULSUSD exportado do WebGDH em 21/02/2013 às 15:59)

# 1 - Nº Dte. 10030298 - Nº Epis. Intern. 12011944 - FFR: 935601  
Nasc. 02/07/1977 Sexo Fem. Idade: 34 anos Proven.: Urgência  
Admissão: Não programada  
Int 28/03/12 17:15 - Serv OBSTETRIC. Tr. 26/04/12 04:37 - Serv UCI C.PROG  
Tr. 26/04/12 13:11 - Serv REANIMACAO Tr. 07/05/12 14:15 - Serv OBS C.I.AD  
Tr. 10/05/12 17:00 - Serv OBSTETRIC. Tr. 06/06/12 17:00 - Serv OBSTETRIC. S  
Tr. 20/06/12 17:00 - Serv OBSTETRIC. Tr. 07/12/12 17:00 - Serv OBSTETRIC. S  
Demora: 266 d  
Diagnóstico P. 785.52 CCM CHOQUE SEPTICO  
038.9 SEI  
\*\*\* verifi  
Outros Diagn. 440.23 ATROSCLOSE DE ARTERIAS NATIVAS DAS EXTREMIDADES. COM ULCERACAO  
995.92 CCM SEI  
785.52 CCM CHI  
440.23 ATI  
707.14 CC ULI  
041.7 CC PSI  
041.19 ES  
593.9 PEI  
573.9 PEI  
285.1 CC ANI  
286.9 CC DEI  
276.2 CC AC  
518.51 CCM FAL  
289.59 DOI  
647.83 DOI  
998.11 CCM HEI  
E878.8 REI  
998.02 CCM CHI  
568.81 CCM HEI  
276.8 CC ATI  
998.12 CCM HEI  
998.59 CC INI  
287.5 CC TRI  
728.2 DEI  
273.8 ALI  
276.1 CC HII  
794.8 RES  
338.29 DOI  
228.04 HEI  
\*\*\* verifi  
289.81 CC ES  
412. CC  
305.1 PEI  
V12.54 HI  
V58.66 USI  
Procedimentos  
74.0 DO CESI  
66.39 DO ESTI  
50.12 DO BTO  
54.12 DO REAI  
86.22 DO DESE  
86.22 DO DESE  
\*\*\* código de procedimento duplicado [168] [CONF!]  
05.23 DO SIMI  
86.22 DO DESE  
\*\*\* código de m  
86.69 DO ENXERTO  
03.90 INSERCAO  
03.91 INJECCAO  
96.04 INSERCAO  
96.71 VENTILAC  
88.47 ARTERIOGR  
91.63 EX.MICR.  
54.91 PARACENTESE  
88.76 ECOGRAFIA DIAG  
90.52 EXAME MICROSC  
91.13 EX.MICROSC.  
91.32 EX.MIC.BEXIG.  
88.48 ARTERIOGRAFIA FEMORA  
88.72 ECOGRAFIA DIAGNOSTIC  
99.04 TRANSFUSAO DE GLOBUL  
99.07 TRANSFUSAO DE OUTROS  
00.17 INFUSAO DE AGENTE VASOCONSTRIC  
09.56 APLICACAO DE PENSO COMPRESSIVO  
88.01 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN  
88.93 CATETERIZACAO VENOSA, NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE  
88.94 RESSONANCIA MAGNETICA DE ESTRUTURAS OSTEOMUSCULARES  
38.91 CATETERIZACAO ARTERIAL  
88.75 ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DO APARELHO URINARIO  
91.39 EX.MICR. NCOP.BEXIGA.URETRA.PROST.,V.SEM.,T.PERIVES.,URINA,SEMEN  
99.26 INJECCAO DE TRANQUILIZANTE  
88.27 RADIOGRAFIA DOS OSSOS DA COXA, JOELHO E PERNA  
89.65 DETERMINACAO DE GASES NO SANGUE ARTERIAL  
90.59 EXAME MICROSCOPICO NCOP DO SANGUE  
\*\*\* registro com parto referenciado, falta o diagnóstico e o produto do [819]  
\*\*\* verificar realizacão de cesariana clássica vs segmentar transversa [894]  
Medic(a)l Cedidador(a): 26977 Operador: 204  
Argumento para envio para o SIA: 21/02/2013 13:39:42 (21/02/2013 13:39:42)  
Rec.Serv.: 39 23/12/12 Cod.: AB 04/02/13 Servivv: AB 04/02/13, Corr./A 39 12/02  
Corr./A 23 21/02/13, Entreg: AB 21/02/13  
GDH 18 Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistêmicas ou de Locais não espec  
GDH 581 C Procedimentos por infecções sistêmicas e perturbações parasitárias, c  
\*\*\* confirmada a mensagem: código de procedimento duplicado [168] [CONF!]  
(Registro do ficheiro AVLUSOSD exportado do WebGDH em 21/02/2013 às 15:59)

# 1 - Nº Dte. 10030298 - Nº Epis. Intern. 12011944 - EFR: 935601  
 Nasc. 02/07/1977 Sexo Fem. Idade: 34 anos Proven.: Urgência  
 Admissão: Não programada  
 Int 28/03/12 17:15 - Serv OBSTETRIC. Tr. 26/04/12 04:37 - Serv UCI C.PROG  
 Tr. 26/04/12 13:11 - Serv REANIMACAO Tr. 07/05/12 14:15 - Serv OBS C.I.AD  
 Tr. 10/05/12 12:00 - Serv OBSTETRIC. Tr. 06/06/12 12:00 - Serv OBSTETRIC.  
 Tr. 20/06/12 12:00 - Serv OBSTETRIC. Tr. 07/12/12 12:00 - Serv OBSTETRIC.  
 Demora: 266 d  
 Diagnóstico Principal: 785.52 CCM CHOQUE SEPTICO  
 038.9 SEI  
 Outros Diagnósticos: 440.23 AT ATEROSCLEROSE DE ARTERIAS NATIVAS DAS EXTREMIDADES. COM ULCERACAO  
 70998.59 CC INFECCAO POS-OPERATORIA NCOP  
 04287.5 CC TROMBOCIDOSE NAO ESPECIFICADA  
 0472 54.12 BO REABERTURA DO LOCAL DE LAPAROTOMIA RECENTE  
 5927 86.22 BO DESBRIDAMENTO EXCISIONAL DE FERIDA, INFECCAO OU QUEIMADURA  
 518.51 CC 88.48 ARTERIOGRAFIA FEMORAL E OUTR ARTERIAS MEMBROS INF., UTILIZANDO MATERI  
 289.59 DOI 88.72 ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DO CORACAO  
 647.83 DOI 88.72 ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DO CORACAO  
 998.11 CC 99.04 TRANSFUSAO DE GLOBULOS RUBROS  
 878.8 REI 99.04 TRANSFUSAO DE GLOBULOS RUBROS  
 998.02 CC 99.07 TRANSFUSAO DE OUTROS SOROS  
 568.81 CC 99.07 TRANSFUSAO DE OUTROS SOROS  
 276.8 CC 00.17 INFUSAO DE AGENTE VASOPRESSOR  
 998.12 CC 93.56 APLICACAO DE PENSO COMPRESSIVO  
 998.59 CC 88.01 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADORIZADA DO ABDOMEM  
 287.5 CC 88.93 CATETERIZACAO VENOSA, NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE  
 728.2 DE 88.94 RESSONANCIA MAGNETICA DE ESTRUTURAS OSTEOMUSCULARES  
 273.8 AL 88.91 CATETERIZACAO ARTERIAL  
 276.1 CC 88.75 ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DO APARELHO URINARIO  
 794.8 RES 91.39 EX.MICR. NCOP BEXIGA, URETRA, PROST., V.SEM., T.PERIVES., URINA, SEMEN  
 338.29 DOI 99.26 INJECCAO DE TRANQUILIZANTE  
 228.04 HEI 88.27 RADIOGRAFIA DOS OSSOS DA COXA, JOELHO E PERNA  
 289.81 CC 89.65 DETERMINACAO DE GASES NO SANGUE ARTERIAL  
 412. BW 90.59 EXAME MICROSCOPICO NCOP DO SANGUE  
 305.1 PEI  
 V12.54 HT  
 V58.66 USI  
 Procedimentos: 74.0 BO CESI  
 66.39 BO ESTI  
 50.12 BO BTOI  
 54.12 BO REAI  
 86.22 BO DESE  
 86.22 BO DESE  
 05.23 BO SIMI  
 86.22 BO DESE  
 86.69 BO ENERTO  
 03.90 INSERCAO  
 03.91 INJECCAO  
 96.04 INSERCAO  
 96.71 VENTILACI  
 88.47 ARTERIOGR  
 91.63 EX.MICR.  
 54.91 PARACENTESE NA  
 88.76 ECOGRAFIA DIAGN  
 90.52 EXAME MICROSC  
 91.13 EX.MICROSCOP  
 91.32 EX.MIC.BEXIG L  
 88.48 ARTERIOGRAFIA FEMORA  
 88.72 ECOGRAFIA DIAGNOSTIC  
 99.04 TRANSFUSAO DE GLOBUL  
 99.07 TRANSFUSAO DE OUTROS  
 00.17 INFUSAO DE AGENTE VASOPRESSOR  
 03.56 APLICACAO DE PENSO COMPRES  
 88.01 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADO  
 88.93 CATETERIZACAO VENOSA, NAO  
 88.94 RESSONANCIA MAGNETICA DE  
 88.91 CATETERIZACAO ARTERIAL  
 88.75 ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DO A  
 91.39 EX.MICR. NCOP BEXIGA, URETRA  
 99.26 INJECCAO DE TRANQUILIZANTE  
 88.27 RADIOGRAFIA DOS OSSOS DA CO  
 89.65 DETERMINACAO DE GASES NO S  
 90.59 EXAME MICROSCOPICO NCOP DO  
 \*\*\* registo com parto referenciado, falta o diagnóstico e o produto do [819]  
 \*\*\* verificar realização de cesariana clássica vs segmentar transversa [894]  
 Médico(a) Codificador(a): 26977 Operador: 204  
 Agrupamento na versão AP21 em 21/02/2013 (Port. 839-A/2009)  
 Rec.Serv. 39 20/12/12, Cod. AB 04/02/13, >Devolv.AB 04/02/13, Corr./A 39 12/02  
 Corr./A 23 21/02/13, Entreg>AB 21/02/13  
 GCD 18 Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistémicas ou de Locais não espec  
 GDH 581 C Procedimentos por infeções sistémicas e perturbações parasitárias, c  
 \*\*\* confirmada a mensagem: código de procedimento duplicado [168] [CONF!]  
 (Registo do ficheiro AVULSOSD exportado do WebGDH em 21/02/2013 às 15:59)



# Seleção do DP na gravidez, parto e puerpério

## 4) When a delivery occurs

When a delivery occurs, the principal diagnosis should correspond to the main circumstances or complication of the delivery. In cases of cesarean delivery, the selection of the principal diagnosis should be the condition established after study that was responsible for the patient's admission. If the patient was admitted with a condition that resulted in the performance of a cesarean procedure, that condition should be selected as the principal diagnosis. If the reason for the admission/encounter was unrelated to the condition resulting in the cesarean delivery, the condition related to the reason for the admission/encounter should be selected as the principal diagnosis, even if a cesarean was performed.

ICD-9-CM Official Guidelines for Coding and Reporting  
Effective October 1, 2011  
Page 45 of 107

# Conselhos para uma correta aplicação

- Ordenar cronologicamente os elementos do processo clínico
- Fazer um rascunho nos casos mais complexos
- Assinalar os diagnósticos que só surgiram depois da admissão
- Relacionar os sintomas (presentes à entrada) com os respetivos diagnósticos
- Questionar o médico responsável nos casos mais duvidosos

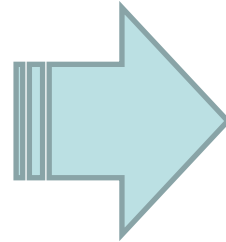
# Significado

- O indicador Present On Admission não assinala “complicações”
  - Elas podem vir do exterior, dum outro hospital ou dum episódio anterior
- O indicador Present On Admission não assinala necessariamente má prática
  - As complicações podem ser apenas o resultado de reação anormal do doente

# Complicações nos diagnósticos secundários?

## HOSPITAL A

- Neoplasia do cólon transverso
- Colectomia segmentar do transverso
- Ventre agudo
- Choque séptico



## HOSPITAL B

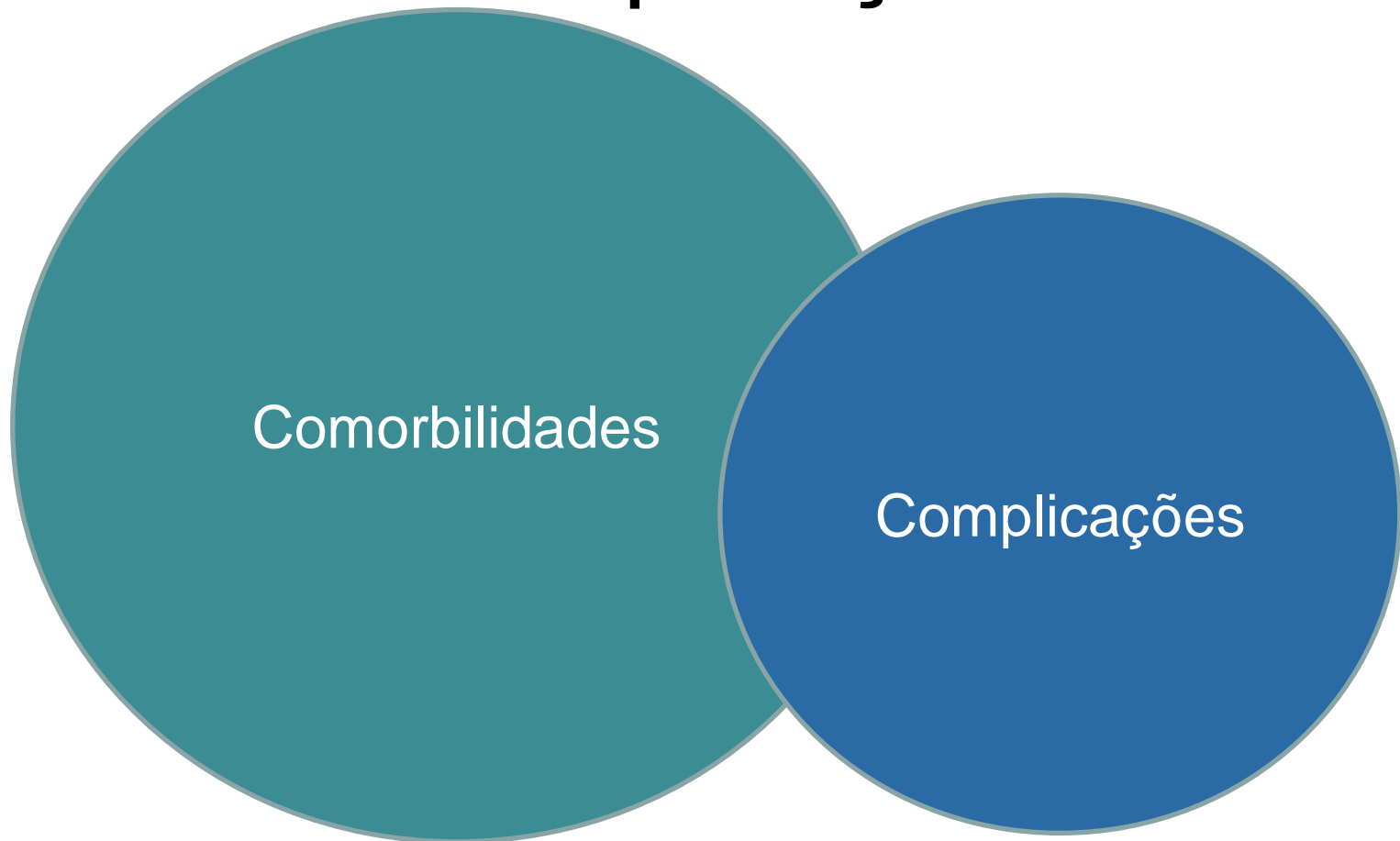
- Choque séptico
- Deiscência da anastomose
- Peritonite
- Necrose e perfuração do intestino
- MODS
- . . .

# “Complicações”

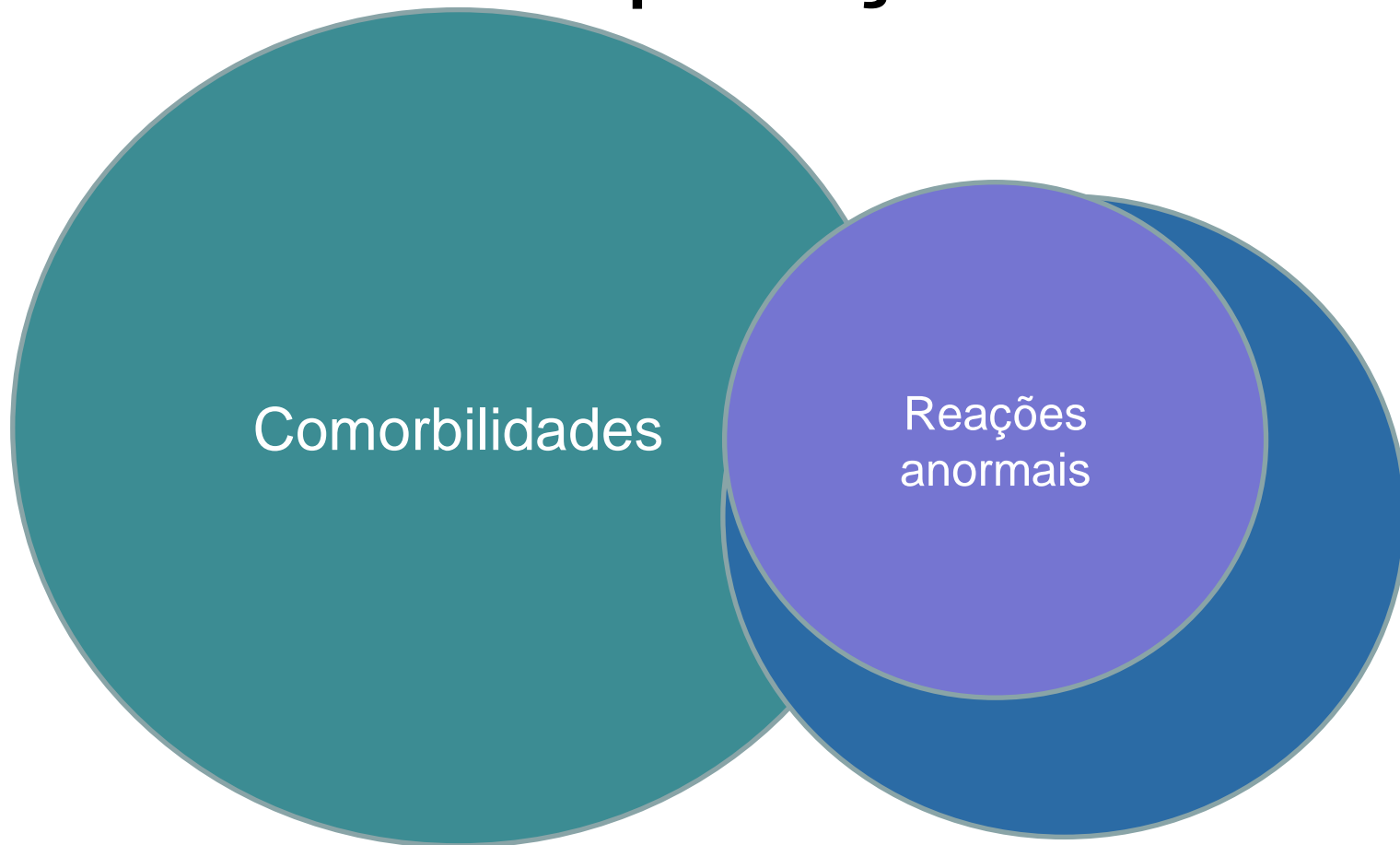


Comorbilidades

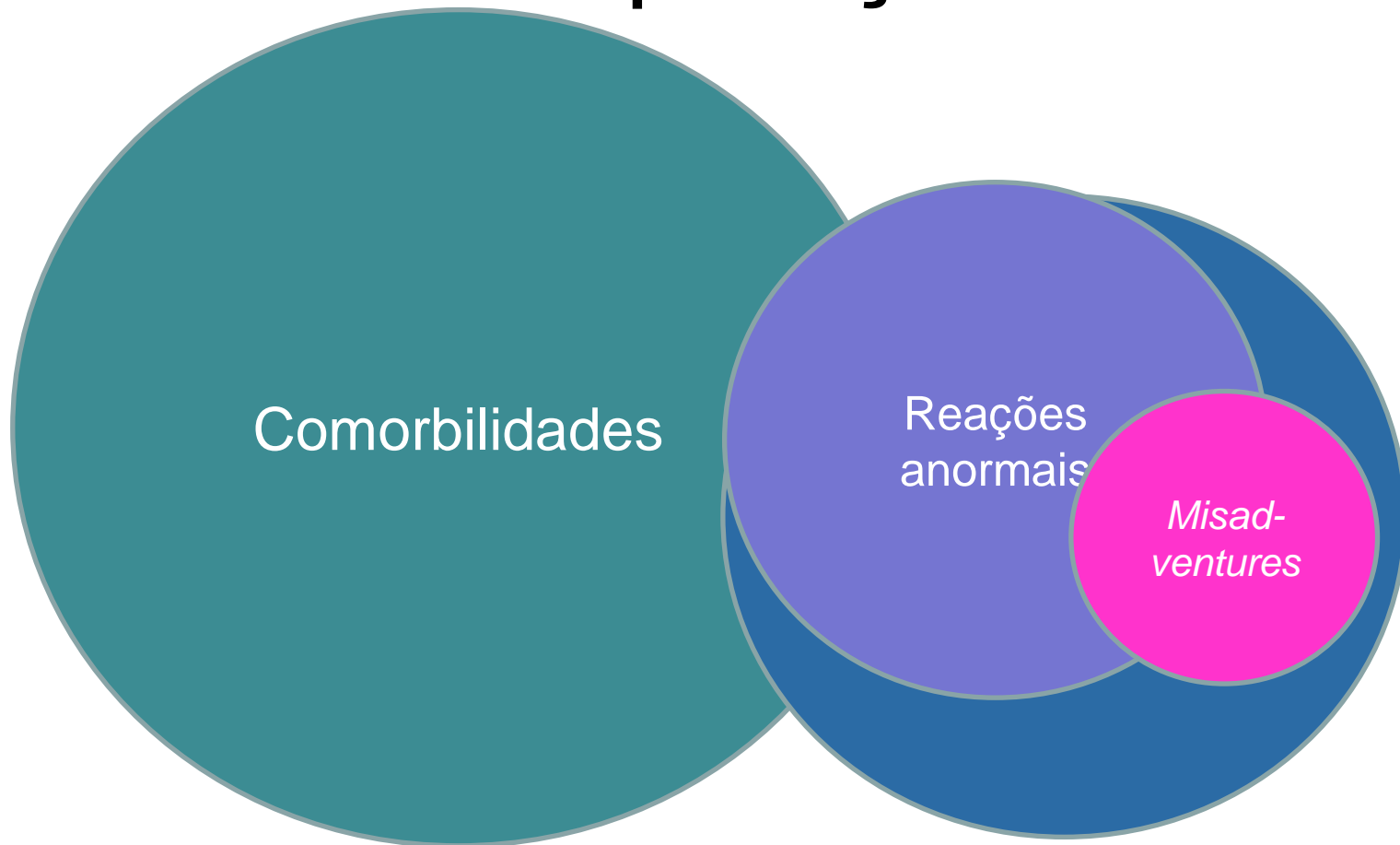
# “Complicações”



# “Complicações”

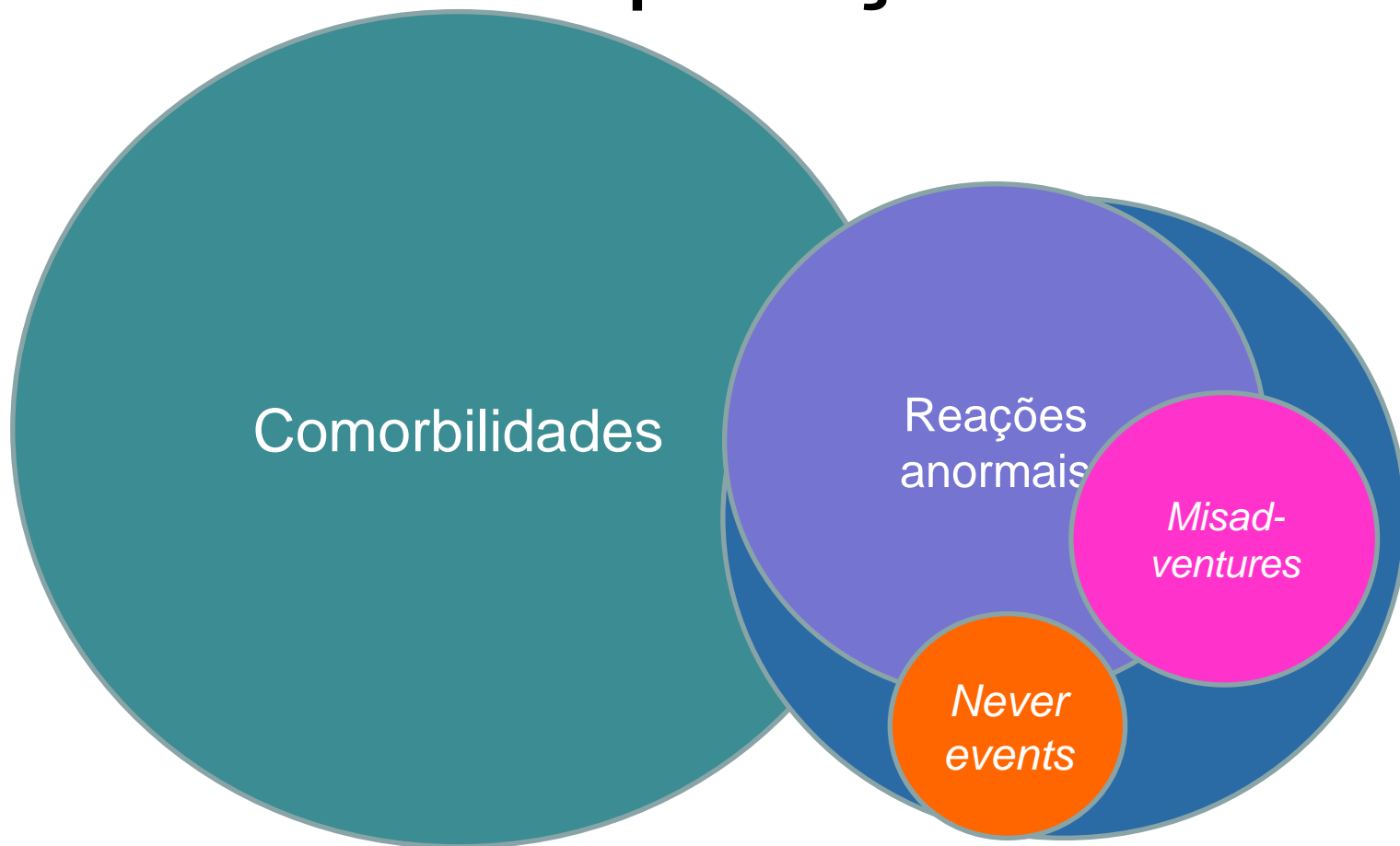


# “Complicações”

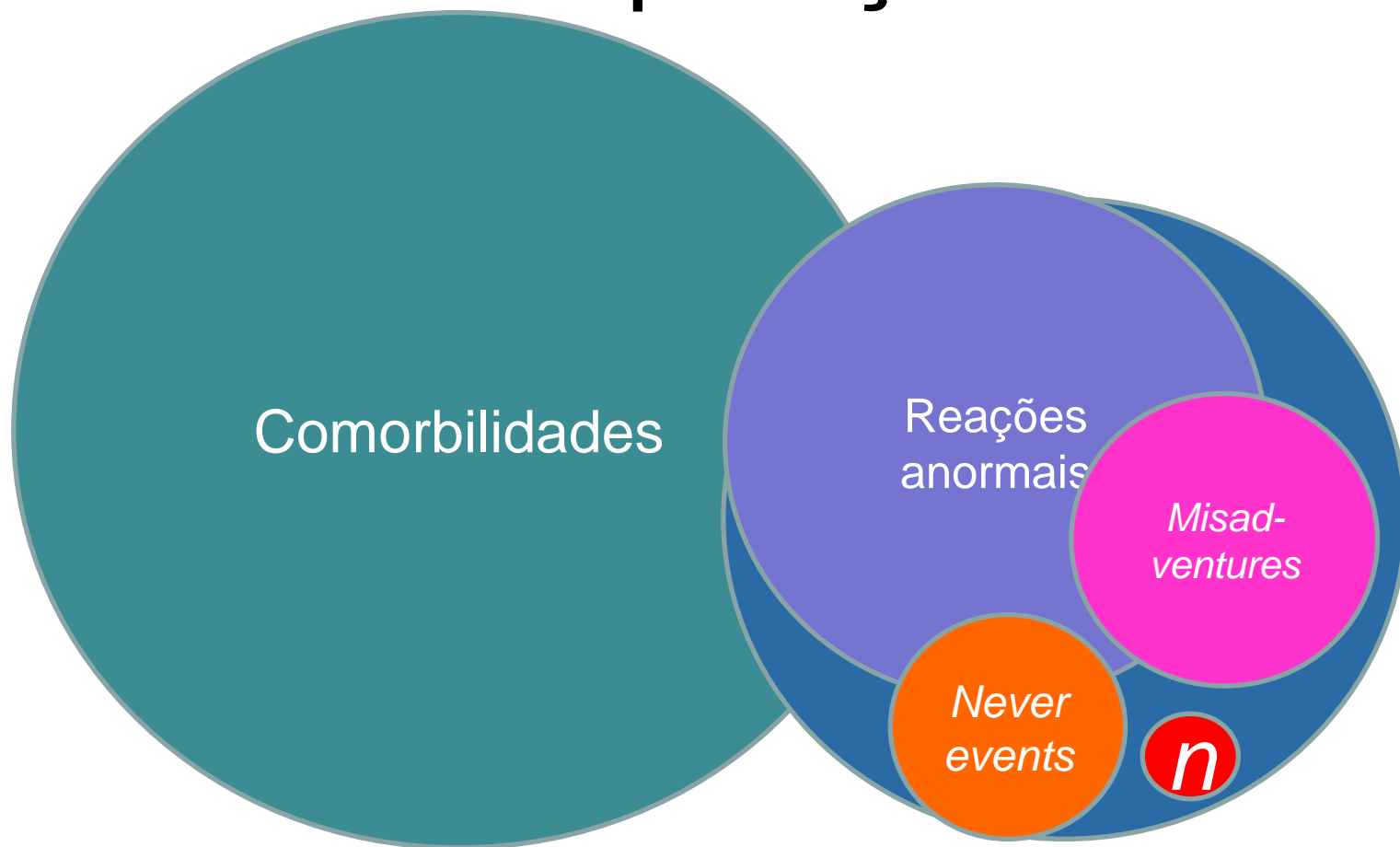




# “Complicações”

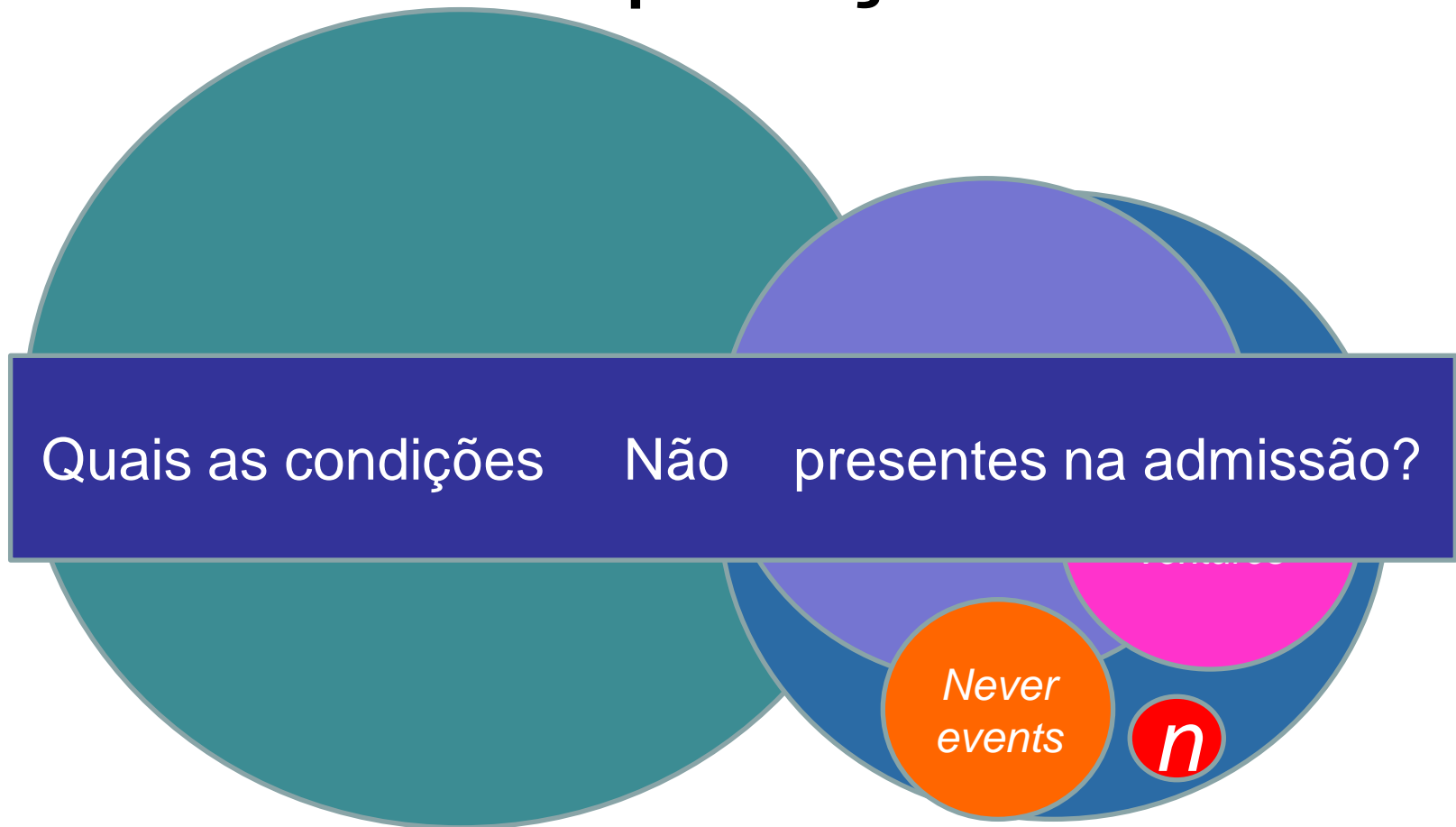


# “Complicações”



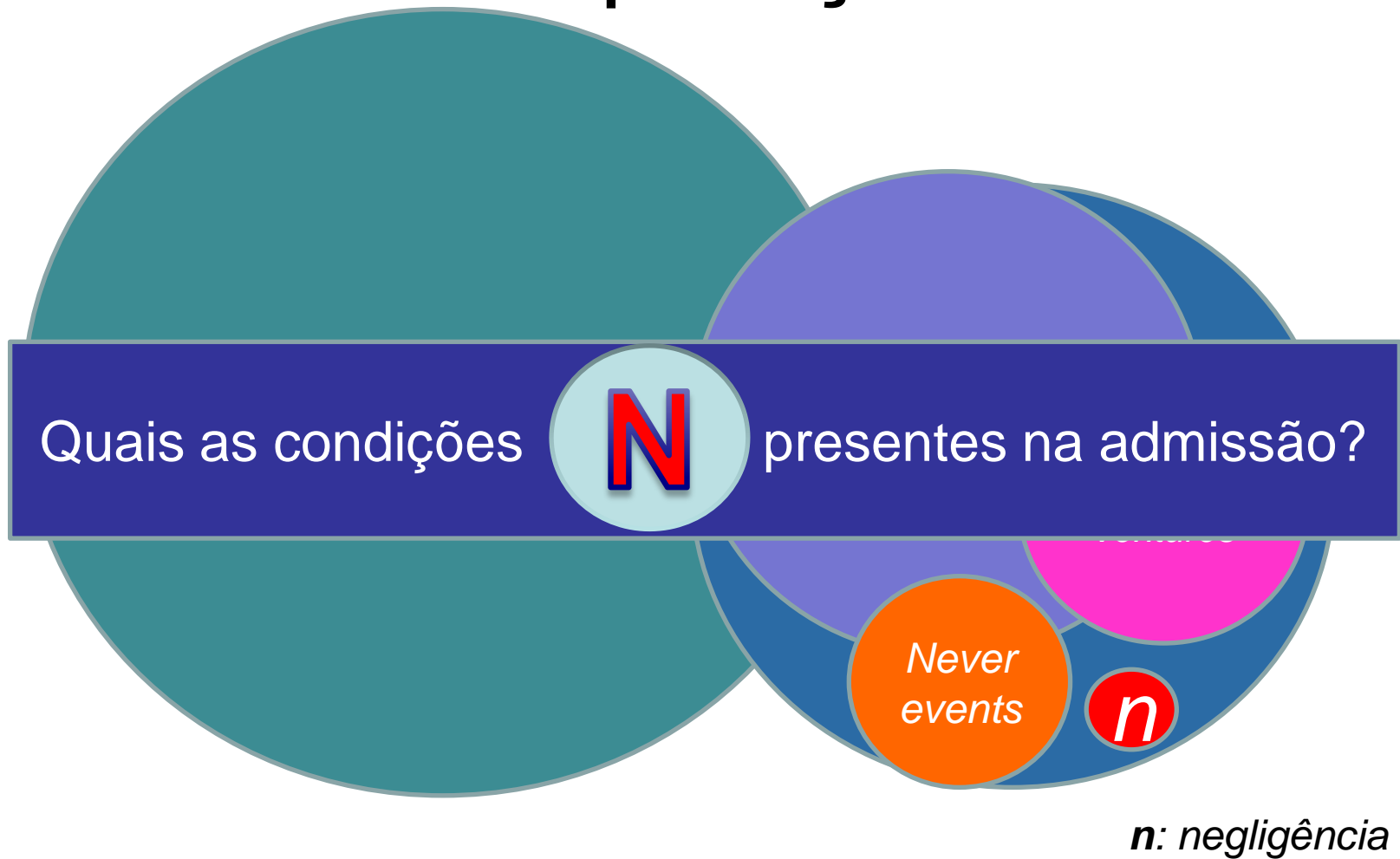
***n:** negligência*

# “Complicações”



*n: negligência*

# “Complicações”



# Utilização

- O indicador Present On Admission pretende assinalar condições que surgiram depois da admissão e que poderiam ser evitáveis
  - Reações adversas
  - Quedas, fraturas, lacerações, queimaduras
  - Deiscências, infeções, hemorragias, hematomas
  - Úlceras de decúbito
- Pode ser utilizado como indicador de qualidade e/ou para implementar desincentivos

# Indicadores relacionados

- Never events
- Serious Reportable Events (SER)
- Hospital Acquired Conditions (HAC)

# Serious Reportable Events

## 1. SURGICAL OR INVASIVE PROCEDURE EVENTS

- 1A. Surgery or other invasive procedure performed on the wrong site
- 1C. Wrong surgical or other invasive procedure performed on a patient
- 1D. Unintended retention of a foreign object in a patient after surgery or other invasive procedure
- 1E. Intraoperative or immediately postoperative/postprocedure death in an ASA Class 1 patient



# Serious Reportable Events

## 2. PRODUCT OR DEVICE EVENTS

- 2A. Patient death or serious injury associated with the use of contaminated drugs, devices, or biologics provided by the healthcare setting
- 2B. Patient death or serious injury associated with the use or function of a device in patient care, in which the device is used or functions other than as intended
- 2C. Patient death or serious injury associated with intravascular air embolism that occurs while being cared for in a healthcare setting



# Serious Reportable Events

## 3. PATIENT PROTECTION EVENTS

- 3A. Discharge or release of a patient/resident of any age, who is unable to make decisions, to other than an authorized person
- 3B. Patient death or serious injury associated with patient elopement (disappearance)
- 3C. Patient suicide, attempted suicide, or self-harm that results in serious injury, while being cared for in a healthcare setting

# Serious Reportable Events

## 4. CARE MANAGEMENT EVENTS

- 4A. Patient death or serious injury associated with a medication error (e.g., errors involving the wrong drug, wrong dose, wrong patient, wrong time, wrong rate, wrong preparation, or wrong route of administration)
- 4B. Patient death or serious injury associated with unsafe administration of blood products
- 4C. Maternal death or serious injury associated with labor or delivery in a low-risk pregnancy while being cared for in a healthcare setting
- 4D. Death or serious injury of a neonate associated with labor or delivery in a low-risk pregnancy
- 4E. Patient death or serious injury associated with a fall while being cared for in a healthcare setting
- 4F. Any Stage 3, Stage 4, and unstageable pressure ulcers acquired after admission/presentation to a healthcare setting
- 4G. Artificial insemination with the wrong donor sperm or wrong egg
- 4I. Patient death or serious injury resulting from failure to follow up or communicate laboratory, pathology, or radiology test results

# Serious Reportable Events

## 5. ENVIRONMENTAL EVENTS

- 5A. Patient or staff death or serious injury associated with an electric shock in the course of a patient care process in a healthcare setting**
- 5B. Any incident in which systems designated for oxygen or other gas to be delivered to a patient contains no gas, the wrong gas, or are contaminated by toxic substances**
- 5C. Patient or staff death or serious injury associated with a burn incurred from any source in the course of a patient care process in a healthcare setting**

# Serious Reportable Events

## 6. RADIOLOGIC EVENTS

**6A. Death or serious injury of a patient or staff associated with the introduction of a metallic object into the MRI area**

# Serious Reportable Events

## 7. POTENTIAL CRIMINAL EVENTS

- 7A. Any instance of care ordered by or provided by someone impersonating a physician, nurse, pharmacist, or other licensed healthcare provider
- 7B. Abduction of a patient/resident of any age
- 7C. Sexual abuse/assault on a patient or staff member within or on the grounds of a healthcare setting
- 7D. Death or serious injury of a patient or staff member resulting from a physical assault (i.e., battery) that occurs within or on the grounds of a healthcare setting

USA National Quality Forum

[http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/List\\_of\\_SREs.aspx](http://www.qualityforum.org/Topics/SREs/List_of_SREs.aspx)

# Never Events

- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>wrong site surgery</b></li><li>2. <b>wrong implant/prosthesis</b></li><li>3. <b>retained foreign object post-operation</b></li><li>4. <b>wrongly prepared high-risk injectable medication</b></li><li>5. <b>maladministration of potassium-containing solutions</b></li><li>6. <b>wrong route administration of chemotherapy</b></li><li>7. <b>wrong route administration of oral/enteral treatment</b></li><li>8. <b>intravenous administration of epidural medication</b></li><li>9. <b>maladministration of Insulin</b></li><li>10. <b>overdose of midazolam during conscious sedation</b></li><li>11. <b>opioid overdose of an opioid-naïve patient</b></li><li>12. <b>inappropriate administration of daily oral methotrexate</b></li><li>13. <b>suicide using non-collapsible rails</b></li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>escape of a transferred prisoner</b></li><li>2. <b>falls from unrestricted windows</b></li><li>3. <b>entrapment in bedrails</b></li><li>4. <b>transfusion of ABO-incompatible blood components</b></li><li>5. <b>transplantation of ABO-incompatible organs as a result of error</b></li><li>6. <b>misplaced naso- or oro-gastric tubes</b></li><li>7. <b>wrong gas administered</b></li><li>8. <b>failure to monitor and respond to oxygen saturation</b></li><li>9. <b>air embolism</b></li><li>10. <b>misidentification of patients</b></li><li>11. <b>severe scalding of patients</b></li><li>12. <b>maternal death due to post partum hemorrhage after elective Caesarean section.</b></li></ol> |
|---|---|



UK NHS Department of Health  
<http://www.dh.gov.uk/health/2012/01/never-events-update/>

# Hospital Acquired Conditions (HAC)

## Hospital-Acquired Conditions (HAC) in Acute Inpatient Prospective Payment System (IPPS) Hospitals

FACT SHEET

Section 5001(c) of the DRA required the Secretary to identify, by October 1, 2007, at least two conditions that:

1. Are high cost or high volume or both,
2. Result in the assignment of a case to an MS-DRG that has a higher payment when present as a secondary diagnosis, and
3. Could reasonably have been prevented through the application of evidence-based guidelines.

For discharges occurring on or after October 1, 2008, Inpatient Prospective Payment System (IPPS) hospitals do not receive the higher payment for cases when one of the selected conditions is acquired during hospitalization (i.e., was not present on admission). The case is paid as though the secondary diagnosis is not present.

**CMS.gov**

Centers for Medicare & Medicaid Services



# Hospital Acquired Conditions (HAC)

HAC	CC/MCC (ICD-9-CM Codes)
Foreign Object Retained After Surgery	998.4 (CC) 998.7 (CC)
Air Embolism	999.1 (MCC)
Blood Incompatibility	999.60 (CC) 999.61 (CC) 999.62 (CC) 999.63 (CC) 999.69 (CC)
Pressure Ulcer Stages III & IV	707.23 (MCC) 707.24 (MCC)
Falls and Trauma: ❖ Fracture ❖ Dislocation ❖ Intracranial Injury ❖ Crushing Injury ❖ Burn ❖ Other Injuries	Codes within these ranges on the CC/MCC list: 800 - 829 830 - 839 850 - 854 925 - 929 940 - 949 991 - 994

# Hospital Acquired Conditions (HAC)

Catheter-Associated Urinary Tract Infection (UTI)	996.64 (CC) Also excludes the following from acting as a CC/MCC: 112.2 (CC)                      590.80 (CC) 590.10 (CC)                      590.81 (CC) 590.11 (MCC)                      595.0 (CC) 590.2 (MCC)                      597.0 (CC) 590.3 (CC)                      599.0 (CC)
Vascular Catheter-Associated Infection	999.31 (CC) 999.32 (CC) 999.33 (CC)
Manifestations of Poor Glycemic Control: ❖ Diabetic Ketoacidosis ❖ Nonketotic Hyperosmolar Coma ❖ Hypoglycemic Coma ❖ Secondary Diabetes with Ketoacidosis ❖ Secondary Diabetes with Hyperosmolarity	250.10-250.13 (MCC) 250.20-250.23 (MCC) 251.0 (CC) 249.10-249.11 (MCC) 249.20-249.21 (MCC)
Surgical Site Infection, Mediastinitis, following Coronary Artery Bypass Graft (CABG)	519.2 (MCC) And one of the following procedure codes: 36.10-36.19

# Hospital Acquired Conditions (HAC)

HAC	CC/MCC (ICD-9-CM Codes)
Surgical Site Infection Following Certain Orthopedic Procedures: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Spine</li> <li>❖ Neck</li> <li>❖ Shoulder</li> <li>❖ Elbow</li> </ul>	996.67 (CC) 998.59 (CC) And one of the following procedure codes: 81.01-81.08, 81.23-81.24, 81.31-81.38, 81.83, or 81.85
Surgical Site Infection Following Bariatric Surgery for Obesity: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Laparoscopic Gastric Bypass</li> <li>❖ Gastroenterostomy</li> <li>❖ Laparoscopic Gastric Restrictive Surgery</li> </ul>	<i>Principal Diagnosis:</i> 278.01 539.01 (CC) 539.81 (CC) 998.59 (CC) And one of the following procedure codes: 44.38, 44.39, or 44.95

# Hospital Acquired Conditions (HAC)

Surgical Site Infection Following Cardiac Implantable Electronic Device (CIED)	996.61 (CC) 998.59 (CC) And one of the following procedure codes: 00.50,00.51,00.52,00.53,00.54, 37.80,37.81,37.82, 37.83,37.85, 37.86, 37.87, 37.94, 37.96,37.98, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.79, 37.89
Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism Following Certain Orthopedic Procedures: ❖ Total Knee Replacement ❖ Hip Replacement	415.11 (MCC) 415.13 (MCC) 415.19 (MCC) 453.40-453.42 (CC) And one of the following procedure codes: 00.85-00.87, 81.51-81.52, or 81.54
Latrogenic Pneumothorax with Venous Catheterization	512.1 (CC) And the following procedure code: 38.93

<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond/downloads/hacfactsheet.pdf>

# JOURNAL<sup>OF</sup>AHIMA

## Medicaid Stops Payments on “Healthcare-Acquired Conditions”

Journal of AHIMA | Jun 13, 2011 12:38 pm | posted by [Kevin Heubusch](#)

Effective July 1 the federal government will prohibit Medicaid payments to the states for services treating healthcare-acquired conditions. Compliance begins July 1, 2012.

# Definições no Medicare (USA)



<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond/Coding.html>

1 de março de 2013

## CMS POA Indicator Options and Definitions

Code	Reason for Code
<b>Y</b>	<p>Diagnosis was present at time of inpatient admission.</p> <p>CMS will pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "Y" for the POA Indicator.</p>
<b>N</b>	<p>Diagnosis was not present at time of inpatient admission.</p> <p>CMS will <b>not</b> pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "N" for the POA Indicator.</p>
<b>U</b>	<p>Documentation insufficient to determine if the condition was present at the time of inpatient admission.</p> <p>CMS will <b>not</b> pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "U" for the POA Indicator.</p>
<b>W</b>	<p>Clinically undetermined. Provider unable to clinically determine whether the condition was present at the time of inpatient admission.</p> <p>CMS will pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "W" for the POA Indicator.</p>
<b>1</b>	<p>Unreported/Not used. Exempt from POA reporting. This code is equivalent to a blank on the UB-04, however; it was determined that blanks are undesirable when submitting this data via the 4010A.</p> <p>CMS will not pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "1" for the POA Indicator. The "1" POA Indicator should not be applied to any codes on the HAC list. For a complete list of codes on the POA exempt list, see the Official Coding Guidelines for ICD-9-CM. <a href="http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_addenda_guidelines.htm">http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_addenda_guidelines.htm</a></p>

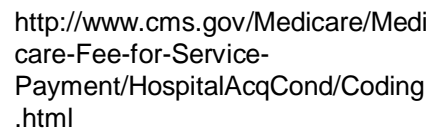
Code	Reason for Code
<b>N</b>	Diagnosis was not present at time of inpatient admission.
<b>U</b>	Documentation insufficient to determine if the condition was present at the time of inpatient admission.  CMS will <b>not</b> pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "U" for the POA Indicator.
<b>W</b>	Clinically undetermined. Provider unable to clinically determine whether the condition was present at the time of inpatient admission.  CMS will pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "W" for the POA Indicator.
<b>1</b>	Unreported/Not used. Exempt from POA reporting. This code is equivalent to a blank on the UB-04, however; it was determined that blanks are undesirable when submitting this data via the 4010A.  CMS will not pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "1" for the POA Indicator. The "1" POA Indicator should not be applied to any codes on the HAC list. For a complete list of codes on the POA exempt list, see the Official Coding Guidelines for ICD-9-CM. <a href="http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_addenda_guidelines.htm">http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_addenda_guidelines.htm</a>

CMS will **not** pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "N" for the POA Indicator.

CMS will **not** pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "U" for the POA Indicator.

CMS will pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "W" for the POA Indicator.

CMS will not pay the CC/MCC DRG for those selected HACs that are coded as "1" for the POA Indicator. The "1" POA Indicator should not be applied to any codes on the HAC list. For a complete list of codes on the POA exempt list, see the Official Coding Guidelines for ICD-9-CM. [http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm\\_addenda\\_guidelines.htm](http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd9cm_addenda_guidelines.htm)



1 de março de 2013

# Oportunidade

- De atestar que o doente já apresentava determinadas condições quando foi admitido
- De distinguir os doentes recebidos de outros hospitais (ou clínicas privadas) já com complicações
- De ter um registo real da ‘nosocomialidade’



# Incentivos / desincentivos

- As portarias dos GDH já impõem desincentivos:
  - Internamentos com menos de 24 horas são inválidos
  - Episódios de evolução prolongada não contam mais do que 1 doente equivalente
  - Os episódios com reinternamentos antes de 72h não são faturados
  - As pequenas cirurgias (menos de 50 k) não devem ser agrupadas nem faturáveis por GDH
  - Faturação de apenas 50% do GDH dos doentes transferidos
  - Faturação em ambulatório apenas dos GDH que tem preço de ambulatório
  - Não faturação do GDH de ambulatório no caso de reinternamento por complicações

## CONTRATO-PROGRAMA 2013

**DPS**

Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos

Lisboa, Novembro de 2012

- Aumento da importância dos incentivos institucionais à melhoria da qualidade e da eficiência das instituições, através da valorização de incentivos em 5% e de penalizações em 1% do valor de financiamento para 2013, e atualização dos indicadores de qualidade e eficiência;

## CONTRATO-PROGRAMA 2013

**DPS**

Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos

Lisboa, Novembro de 2012

### 5.8. Penalizações associadas ao Contrato-Programa

Procurando, por um lado, aumentar os níveis de exigência e de rigor e, por outro, prevenir a ocorrência sistemática de situações de incumprimento por parte das instituições, **será criado em 2013 um sistema de penalizações** que impacte no valor do financiamento a aplicar às entidades, o qual está associado a:

- Incumprimento dos prazos de reporte de informação que estão definidos, quer seja informação de produção, económico-financeira ou clinico-administrativa;
- Incumprimento dos prazos definidos para a faturação do contrato-programa;
- Incumprimento no âmbito do funcionamento dos Programas de acesso SIGIC e CTH.